Rok LI. Kraków, dnia 16. marca 1912. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag o cięciu cesarskiem na podstawie własnych doświadczeń

podał

Dr Zaborowski (Warszawa).

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Pesymizm, z jakim odnosić się poczęto od pewnego czasu do otwierania otrzewnej przy cięciu cesarskiem, zarówno jak skwapliwość, z którą witane są i stosowane metody, mające zastąpić cięcie klasyczne, wydają mi się nieco przesadzone i pozbawione tymczasem dostatecznych podstaw statystycznych. Niestety na poparcie zaufania, z jakiem do postępowania otrzewnego odnoszę się dziś jeszcze, powołać się mogę na małą tylko statystykę własną, liczącą 25 przypadków zaledwie.

Liczba ta, zbyt mała sama przez się, ażebym przypisywać jej śmiał znaczenie argumentu przekonującego, nabierze jednak pewnej wartości, być może, jeżeli zaznaczyć wolno mi będzie, że odnosi się ona do nieprzerywanej seryi przypadków, operowanych bądź przezemnie, bądź przez kolegów pracujących na oddziale, w krótkim stosunkowo okresie czasu, lat sześć obejmującym, zawsze tym samym sposobem i w tych samych warunkach. Na te ostatnie zwłaszcza zwrócićbym pragnął szczególną uwagę.

Większości Szanownych Panów nieprawdopodobnym wyda się fakt, że licząca blisko milion mieszkańców Warszawa, prócz jednego oddziału ściśle wyznaniowego, przeznaczonego dla ludności żydowskiej, i prócz kliniki położniczej, należącej do Uniwersytetu, na której zresztą szerszej działalności operacyjnej nie rozwijano, nie posiada dotąd ani zasługującego na nazwę tę szpitala, ani oddziału położniczego.

Zajmować się położnictwem i operować zmuszeni jesteśmy w t. zw. »Przytułkach«, gnieżdżących się od lat 30, bez zmian i bez ulepszeń, w lokalach prywatnych; bez sal operacyjnych, bez instalacyi sterylizacyjnych, bez wody innej, jak z samowaru, słowem bez wszystkiego, co uważać przywykliśmy za niezbędne wszędzie, gdzie dokonywane być mają zabiegi ciężkie.

Nie wiele pomyślniej przedstawia się materyał, rekrutowany przez przytułki, do których uczęszcza ludność robotnicza i wyrobnicza, ciemna, biedna, źle odżywiana, pozbawiona elementarnych pojęć o czystości i o higienie.

Wskazania do cięcia cesarskiego, dokonywanego 25 razy na 21 rodzących, były następujące: w 3 przypadkach bezwzględna niedrożność miednicy wskutek ścieśnienia, w 16 przypadkach chęć uzyskania żywego płodu przy sprzężnej przekątnej poniżej 10 ctm., w 2 przypadkach ciężkie drgawki porodowe, w 2 przypadkach ventrofixatio w połączeniu ze zwężeniem miednicy, w 1 przypadku zabliźniona wielka przetoka pęcherzowo-pochwowa, dla której obawialiśmy się urazu i wreszcie w jednym przypadku niedrożność pochwy zwyrodniałej bliznowato. Prócz cięcia cesarskiego, w 9 przypadkach wykonano dodatkowe zabiegi na jajowodach, zapobiegające ponownym ciążom i w 2 przypadkach nadpochwowe odjęcie macicy. W 14 przypadkach rodzące zgłaszały się wprost do zakładu, w 11 przypadkach skierowane tam zostały po badaniu przez lekarzy i przez położnice. W 3 przypadkach chore dostawione zostały do zakładu przez stacyę Pogotowia, dopiero po nieudanych próbach rozwiązania ich w domu.

Okres czasu, dzielący początek porodu od chwili zabiegu, wahał się od 2 godzin do $2^1/_2$ doby. W 5 przypadkach cięcie wykonano na rodzących po raz pierwszy, w 4 przypadkach na tych samych kobietach dwukrotnie. W 8 przypadkach wody płodowe odeszły przed wstąpieniem chorych na oddział.

Jak to widać z powyższych danych, mieliśmy więc do czynienia z przeciętnym materyałem szpitalnym, w którym nie przebieraliśmy. Straciliśmy 2 chore. W obu przypadkach zabieg podjęto z powodu względnego zwężenia miednicy w warunkach stosunkowo pomyślnych. W jednym przypadku przyczyną złego zejścia było ropienie rany macicy, w drugim, jak stwierdzić to mogliśmy badaniem pośmiertnem, wina, polegająca na niedostatecznem wyjałowieniu materyału użytego do szycia, była wyłącznie po naszej stronie. We wszystkich przypadkach postępowaliśmy jednakowo, przystępując do zabiegu po rozpoczęciu się porodu.

Jako przygotowanie, na powierzchnię brzucha gaudanina albo jodyna w ostatnich przypadkach; do pochwy, o ile chora badana była poza zakładem, obfite wlewania roztworu sody i sublimatu na przemiany, bez mycia mydłem. Cięcie macicy, wytaczanej uprzednio na zewnątrz i osłanianej serwetami, klasyczne lub według Fritscha. Po usunięciu płodu i łożyska, do jamy macicy duży, suchy kompres, który usuwano przez pochwę po ukończonym zabiegu. Na ścianę macicy, wystrzegając się starannie przekłuwania śluzówki, katgutowy szew jednopiętrowy z dodaniem, gdzie tego zachodziła potrzeba, pojedynczych szwów na otrzewnę. Wreszcie zwykły trzypiętrowy szew ściany

brzusznej. Późniejszych powikłań ze strony blizn u żadnej z operowanych nie spostrzegano.

Nie przesądzam bynajmniej, czy wyniki te uważać można za zadowalniające i czy odpowiadają one zupełnie wymaganiom współczesnym, twierdzić jednak pozwolę sobie stanowczo, że warunki, w jakich operowałem i ubóstwo środków pomocniczych, wyłączające poniekąd rękoczyny trudne i więcej złożone, przemawiać się zdają niewątpliwie na korzyść zabiegu, którego, sądząc z wyników, uważać za tak bardzo groźny nie widzę powodu.

Nie zaprzeczając bynajmniej wielkiej wartości metod zewnątrzotrzewnych w przypadkach, w których uniknąć chcemy za wszelką cenę otwarcia otrzewnej i w których droga ta okaże się możliwą, stwierdzić pozwolę sobie, że obok zalet, zabieg przedstawia cały szereg cech ujemnych, o których zapominać nie należy.

Za słabą stronę wszelkiego postępowania zewnątrzotrzewnego uważać musimy przedewszystkiem niestałość danych anatomicznych pola operacyjnego, zmieniającego się zależnie od stosunku otrzewnej do macicy i do pęcherza, od długości szyi, od wielkości płodu, a nawet od podatności tkanek, dzięki której płód przeprowadzony być ma przez ranę. Ten brak stałości topograficznej sprawia, że nad rękoczynem panujemy tylko względnie, bo czynniki od woli i od ręki operującego niezależne, zmieniać mogą do gruntu doniosłość, a nawet charakter zabiegów. Jak wnosić to należy z opisu odnośnych przypadków, jak doświadczałem to zresztą sam, niespodziewane powikłania i trudności, w rodzaju krwotoków trudnych do zahamowania i przypadkowego lub nieuniknionego otwarcia otrzewnej, zdarzają się przy cięciach zewnątrzotrzewnych często.

Niemniej ważnym zarzutem, jaki nasuwa się co do cięcia zewnątrzotrzewnego, jest niemożność uprzystępnienia sfery narządów, z którymi zetknąć się musimy bezpośrednio, jeżeli zechcemy, rozwiązując rodzącą cięciem cesarskiem, zapobiedz tym samym zabiegiem możliwości ciąży na przyszłość. Wzgląd ten odgrywać musi pewną rolę, bo, jak wnoszę to z własnego doświadczenia, znaczna część kobiet na cięcie godzi się tylko pod warunkiem, że uchroniona zostanie równocześnie od hazardu ponownych porodów.

Na korzyść postępowania zewnątrzotrzewnego przy cięciach cesarskich wreszcie, nie przemawiają duże trudności techniczne zabiegu, do którego przystępować nie możemy bez należytego otoczenia i bez sprawnej pomocy, tj. w warunkach, w których cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne wskazane jest najwięcej. Jako sposób postępowania, cięcie zewnątrzotrzewne stoi nierównie wyżej i jest wszechstronniejsze, niż stosowana niedawno jeszcze pubiotomia. Zaprzeczyć jednak trudno, że zabiegi te mają dużo ujemnych cech wspólnych. Ze strony operującego, ta sama nieświadomość co do czynników mogących powikłać zabieg i ten sam brak panowania nad jego przebiegiem.

Stojąc na stanowisku zwolennika chirurgii, która nie cofa się przed zabiegami ciężkimi, ryzykownymi, lecz unika sytuacyi niejasnych i stara się wyłączać siły nieobliczalne, występujące wbrew woli operującego, nie mogę odmówić zasadniczej wyższości cięciu cesarskiemu klasycznemu, zabiegowi chirurgicznemu »par excellence«, którego ani potępiać tymczasem, ani odkładać do archiwum jako zabytek nie śmiałbym jeszcze. Pomysł zabiegów zewnątrzotrzewnych nie jest nowym. Stosowali je Ritgen, Baudelocque i Gaillard dawno, w czasach, w których otwierania otrzewnej obawiano się więcej, niż dzisiaj. Zabiegi te zarzucono jednak, bo nie godziły się z duchem chirurgii. Czy wskrzeszanie ich oznaczać ma istotnie postęp, dowiedzieć się mamy z doświadczenia i ze statystyki porównawczej. Uznaję w zupełności usługi, jakie oddawać może cięcie zewnątrzotrzewne w przypadkach, które nie trudno będzie określić bliżej, za zabieg jednak z wyboru uważać muszę jeszcze cięcie cesarskie klasyczne.

Wydzielanie wewnętrzne ze stanowiska klinicznego.

Podał [1])

Dr Maksymilian Blassberg.

Postępy nauki o wydzielaniu wewnętrznem były w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem przedmiotem wykładu doc. Dra Koźniewskiego p. t.: »O hormonach«. Gdy jednak prelegent ten rozpatrywał sprawę ze stanowiska głównie chemiczno-farmakologicznego, to ja chciałbym obecnie w głównych zarysach omówić rzecz ze stanowiska klinicznego. Jakkolwiek bowiem omawiana dziedzina jest dziś dopiero w okresie rozwoju początkowego, to jednak już dotychczasowe jej zdobycze mogą być dla kliniki bardzo doniosłe i sięgają do patogenezy, dyagnostyki i leczenia licznych chorób.

Nowoczesna nauka o tak zwanem wydzielaniu wewnętrznem stwierdza na podstawie rozlicznych spostrzeżeń, badań i doświadczeń, że w różnych narządach, w tkankach i komórkach ustroju, powstaje cały szereg substancyi chemicznych, do niedawna zupełnie nieznanych, które dostają się wprost do krwi. W drodze krążenia dostają się one do odległych narządów i tu spełniają już w prawidłowych warunkach fizyologicznych rolę bodźców bądź drażniących i pobudzających, bądź też osłabiających i hamujących czynność danych odległych narządów, to służąc jako materyał pałny, to znów jako czynniki farmakologiczne, lub też zobojętniając jady będące w ustroju. Te wydzieliny wewnętrzne nazwano hormonami od wyrazu greckiego: ὁρμάω = budzić, pobudzać. Tą drogą może naprzykład powstać dla wątroby bodziec chemiczny, drażniący do obfitszego lub słabszego wydzielania żółci, dla mięśni bodziec, drażniący do silniejszych lub słabszych skurczów i t. p.

W ten sposób powstaje według tej teoryi fizyologiczne wzajemne działanie na siebie rozmaitych narządów, ich wzajemna zależność, tak zwana korrelacya, względnie koordynacya narządów. Ponieważ w żywym ustroju narządy te równocześnie są czynne i oddają swoje wydzieliny równocześnie ustrojowi, przeto dalsze badania wykazały, że wydzieliny niektórych narządów w działaniu swojem nawzajem się uzupełniają i podniecają, natomiast do wydzielin innych pozostają równocześnie w stosunku hamującym i antagonistycznym. Tak naprzykład między wydzieliną gruczołu tarczowego a wydzieliną układu chromochłonnego nadnerczy, o którym będzie później mowa, ma istnieć wzajemne uzupełnianie się i podniecanie, atoli obie te wydzieliny w stosunku do hormonu trzustkowego mają pozostawać w antagonizmie. Podobnie też trzustka i tak zwane gruczoły przytarczyczne mają być wzajemnymi sprzy-

[1]) Podług wykładu, wygłoszonego dnia 24. I. 1912 r. w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem.

mierzeńcami, a przeciwnikami w stosunku do tarczycy. Atoli różne rodzaje i mechanizmy tych korrelacyi nie zostały dotychczas dostatecznie zbadane i wyjaśnione.

Wiadomości o wydzielaniu wewnętrznem są ściśle powiązane z kliniką, która musiałaby bądź przejąć nowy zakres pojęć ogólno-patologicznych, bądź też przetworzyć dotychczasowe pojęcia o pewnych jednostkach klinicznych. Do niedawna klinika widziała jedynie w układzie nerwowym pewien czynnik centralny, drażniący poszczególne narządy do wzmożenia lub zahamowania pracy i pośredniczący w harmonijnem wzajemnem współdziałaniu różnych czynności ustroju. Obecnie musiałaby się klinika liczyć również z możliwością drugiego mechanizmu pośredniczącego, t. j. z korrelacyą chemiczną narządów, które sobie swoje wydzieliny wewnętrzne podają za pośrednictwem narządu krążenia. Byłoby to poniekąd degradacyą dotychczasowego klinicznego pojęcia o wszechwładnem i wyłącznem centralnem panowaniu układu nerwowego w ustroju. Tak na przykład Starling stwierdza, że pod wpływem wyciągu z płodu gruczoły mleczne zwiększają się i zaczynają wydzielać, coby dowodziło według niego istnienia chemicznego związku między płodem i gruczołami mlecznymi. Takie samo twierdzenie powstało co do wydzieliny trzustki. Pawłow wykazał, że doprowadzenie kwasu do dwunastnicy wywołuje silne wydzielanie w trzustce i przyjmuje, że kwaśna treść pokarmowa, przechodząc z żołądka do dwunastnicy, wywołuje na drodze nerwowego odruchu wydzielanie w trzustce. Tymczasem Bayliss i Starling dowodzą, że jeżeli zniszczymy jak najdokładniej wszelkie połączenia nerwowe między dwunastnicą a resztą ciała, a zatem i trzustką, to i tak zadziałanie kwasu na dwunastnicę zwiększa wydzielinę trzustki, tak samo, jak gdyby drogi nerwowe były nietknięte. Przyjmują oni, że błona śluzowa dwunastnicy wydziela jakąś substancyę, zwaną sekretyną, która przechodzi ze stanu nieczynnego pod wpływem kwasu w stan czynny, a dostawszy się na drodze krążenia do trzustki, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego zupełnie niezależnie od nerwów.

Nauka o wydzielaniu wewnętrznem pouczyła nas, że zwiększeniu się niektórych narządów, n. p. gruczołu tarczowego, trzustki, czy przysadki mózgowej, czy to samoistnemu, czy też pod wpływem nowotworów, towarzyszyć mogą oprócz objawów mechanicznego ucisku i objawów związanych z klinicznem pojęciem nowotworu, także i skutki wygórowanej, albo też obniżonej czynności gruczołowej, o objawach klinicznych daleko sięgających, nie związanych bezpośrednio tylko z narządem schorzałym. Zjawiska takie spostrzegano przy nowotworach gruczołu tarczowego, przysadki mózgowej, trzustki, nadnerczy, jajników i jąder. Te wytwory nadmiernego wydzielania (hypersekrecyi) znikają po usunięciu odpowiednich nowotworów. — Klinika uzyskała nowe fakty podstawowe w dziedzinie etyologii chorób przemiany materyi, tak zwanych chorób konstytucyonalnych. Nauka o wydzielaniu wewnętrznem rzuciła nowe światło na tak zwane sprawy wegetacyjne, to jest sprawy wzrostu i odżywienia ustroju, na sprawy bodźców, potęgujących lub hamujących rozwój ustroju, oraz na zaburzenia w budowie i wejrzeniu ciała, w temperamencie, psychice i inteligencyi. Tak samo i pojęcia o stanach toksycznych i samozatruciu nabrałyby nowego oświetlenia. Objawy zatrucia tłumaczy się bowiem według tej teoryi ustaniem działania hormonów, hamujących i powstrzymujących niejako wyładowywanie się napięcia tkanek i narządów. Przez odpadnięcie czynnika hamującego następuje wyładowanie w postaci bolów, kurczów, drgawek i tym podobnych objawów, które składają się na obraz kliniczny samozatrucia.

Atoli i klinika sama, jako taka, przez spostrzeżenia i zdobycze własne, pchnęła badania fizyologiczne i patologiczne na nowe tory. Obserwacye kliniczne bowiem pewnych obrazów chorobowych stały się drogowskazem dla badań nauki o wydzielaniu wewnętrznem. Dotyczyło to choroby Addisona, obrzęku śluzowatego (myxoedema), chrłactwa z wycięcia tarczycy (cachexia strumipriva), akromegalii, t. zw. »Dystrophia adiposo-genitalis« przy zajęciu przysadki mózgowej, jakoteż t. zw. zaburzeń szyszynkowych, wykrytych w ostatnich czasach, a zależnych od szyszynki (glandula pinealis). (Dok. nast.).

Kleszcze wysokie.

Podał

Dr Cykowski (Warszawa).

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Hebosteotomia nie rozstrzygnęła w zupełności sprawy postępowania lekarskiego w miednicy ścieśnionej i zabieg ten ze wszystkiemi ciężkiemi uszkodzeniami chorej, od niego zależnemi, w znacznej mierze zawiódł oczekiwania nasze. Może tedy nie bez korzyści pewnej będzie zabrać głos o nakładaniu kleszczy na wysoko stojącą główkę, oczywiście już wklinowaną do wchodu miednicy znaczniejszym lub mniejszym odcinkiem. W odczycie moim mam zamiar rozpatrzyć różnego rodzaju kleszcze porodowe, na wysoko stojącą główkę nakładane, oraz wypowiedzieć słów kilka o ich wartości klinicznej.

Na wysoko stojącą główkę można nakładać każde o zwykłej budowie kleszcze, które mają odpowiednią długość — około 40 cm.

Zdaniem Sołowija, możemy wykonywać z najlepszem powodzeniem operacyę na główce wysoko stojącej, jeśli używamy kleszczy o dość długich ramionach i niezbyt silnem wygięciu miednicznem.

Nie sposób atoli pominąć, iż przy użyciu kleszczy zwykłych, pomimo przestrzegania należytego kierunku pociągania, znaczna część siły pociągającego zużywa się na pokonanie oporu, jaki główka napotyka ze strony spojenia łonowego, o czem nas przekonywa wykreślony równoległobok sił.

Stąd wynika, iż na wysoko stojącą główkę należałoby nakładać tylko takie kleszcze, które przy pociąganiu przesuwałyby główkę w kierunku osi miednicy. Za takie są uważane znane powszechnie kleszcze Tarniera o miernem wygięciu miednicznem i kleszcze Breussa, posiadające na każdej łyżce staw płytkowy.

Jak wiadomo, rękojeści w kleszczach Tarniera mają ruchami swymi wskazywać, w jakim kierunku należy pociągań dokonywać. Otóż Fenomenow nazywa przypisywanie tym rękojeściom takiej roli — złudzeniem. Wszak kanał rodny, mówi ten autor, przedstawia szereg płaszczyzn pochyłych, mający kierunek niejednakowy; to też ustawienie się rękojeści w danej chwili wskazuje jedynie na ten kierunek, w jakim główka dopiero co posuwała się, lecz bynajmniej nie wskazuje tego kierunku, w jakim główka ma przechodzić przez znajdujące się niżej odcinki kanału rodnego. Stąd wynika, iż nawet z pomocą kleszczy Tarniera nie możemy przeprowadzić główki ściśle w kierunku osi miednicy; powyższe zdanie potwierdzają Skutsch, Jordan, Dobrowolski i inni.

Nie da się dalej zaprzeczyć, iż kleszcze Tarniera mają wielkie wady: budowa ich jest zbyt złożona, co niekiedy znacznie utrudnia posiłkowanie się niemi, a następnie kleszcze te za silnie ugniatają główkę.

W kleszczach Breussa główka może przedewszystkiem swobodnie dokonać zwrotu wśród łyżek, albowiem nie ugniatają one główki więcej, niż kleszcze zwykłe. Obecność natomiast na każdej łyżce stawu płytkowego sprawia, iż różnica między kierunkiem pociągania i osią miednicy jest natychmiast korygowana przez ruchy, w owym stawie wytwarzane, tak, iż główka może obniżać się w tym tylko kierunku, który jej zakreśla kanał miednicy. To stanowi ich wyższość nad kleszczami Tarniera.

Wspomniane modele kleszczy są nakładane na wysoko stojącą główkę zasadniczo w wymiarze poprzecznym miednicy. Przypatrzmy się, jakie są tego skutki? Jak wiemy, jednem z najczęstszych wskazań do nałożenia kleszczy wysokich są powikłania w przebiegu porodu w miednicy ścieśnionej, kiedy główkę znajdujemy we wchodzie miednicy, zaś szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy. Skoro kleszcze nałożymy również w wymiarze poprzecznym miednicy, musimy objąć główkę w jej wymiarze przedniotylnym, zupełnie atypowo. W tych warunkach kleszcze mogą bardzo łatwo się ześliznąć, co uniemożebni ukończenie zabiegu. Z drugiej strony i płód może uledz ciężkim uszkodzeniom: wskutek nadmiernego ucisku ze strony łyżek zdarzyć się mogą pęknięcia, załamania i złamania kości czaszki, czy twarzy; w ten sposób powstaje np. złamanie oczodołu z następczem wysadzeniem oczu. Przedewszystkiem zaś nader łatwo nastąpić może pęknięcie naczyń czaszkowych płodu z wynikiem śmiertelnym. Aby uniknąć wspomnianych ciężkich uszkodzeń płodu, należy objąć główkę koniecznie typowo za boki w jej wymiarze poprzecznym, lecz wówczas należałoby kleszcze nałożyć koniecznie w wymiarze prostym wchodu miednicy.

Zapytajmy, czy to jest możliwe przy wspomnianych modelach kleszczy? Oczywiście nie: znaczne wygięcie miedniczne czyni takie nałożenie kleszczy niewykonalnem. Jasną jest teraz rzeczą, iż w wymiarze prostym wchodu miednicy mogą być z łatwością nakładane jedynie kleszcze, nie posiadające wygięcia miednicznego. Takiemi są kleszcze Łazarewicza Fiedorowa. W kleszczach tych łyżki nie krzyżują się. Używam ich lat prawie 17.

Podczas ordynowania mego w klinice położniczej warszawskiej zastosowałem wspomniane kleszcze wyłącznie na główkę we wchodzie miednicy w 42 przypadkach: u 28 pierwiastek i u 14 wieloródek. Wskazanie do zabiegu stanowiła najczęściej grożąca zamartwica płodu, następnie objawy zagrażającego pęknięcia macicy, prawie wyłącznie u wieloródek. W przypadkach tych znajdowaliśmy nader wybitne rozciągnięcie dolnego odcinka, pierścień skurczowy na wysokości pępka, a niekiedy nawet wyżej. W kilku przypadkach poród przyspieszono z powodu wynikłej rzucawki, w innych wskutek zupełnego osłabienia bolów porodowych.

Płodów żywych otrzymałem 32, martwych 10. Z tej drugiej kategoryi w jednym przypadku kleszcze nałożyłem tylko tytułem próby, będąc z góry pewien, iż płód najprawdopodobniej będzie martwy. Sprawa dotyczyła wieloródki, u której należało ze względu na wywiady dokonać tylko cięcia cesarskiego, o czem mowy być nie mogło wobec przybycia chorej do kliniki zapóźno.

W innym przypadku u wieloródki poród trwał długo, rozciągnięcie dolnego odcinka było niezwykłe, pierścień skurczowy ponad pępkiem, nadomiar wszystkiego płód ważył 3.600 gm; w mieszkaniu chorej nakładano kleszcze i po nieudałej próbie ukończenia porodu skierowano ją do kliniki. Nic też dziwnego, iż kleszcze, nałożone zaraz po przybyciu chorej do kliniki, nie zdołały uratować płodu, w stanie ciężkiej zamartwicy wydobytego.

W dwu innych przypadkach było właściwie fizycznem niepodobieństwem urodzenie płodów żywych wskutek ich niezwykłej wagi: w pierwszym przypadku przy użyciu wielkiej siły z wielkim trudem zdołałem wydobyć płód olbrzymi, wagi 5.000 grm.

Jeśli teraz przeciwstawimy pozostałe 6 płodów martwych 32 żywym, to, zdaje się, możemy dojść do wniosku, iż kleszcze Łazarewicza Fiedorowa są chyba warte dalszego wypróbowania.

Słów kilka powiedzieć muszę o uszkodzeniach matek, jakie przy nakładaniu wspomnianych kleszczy powstawały. Trzy razy powstało pęknięcie części pochwowej macicy, zeszycia tu nie stosowałem. Powikłanie to zdarza się wszak i podczas porodu samorodnego, to też wspominam o niem raczej dla ścisłości. W 14 przypadkach powstało pęknięcie pochwy i krocza; u 2 chorych wypadło nałożyć w pochwie nieco więcej szwów, bo raz jeden osiem, innym razem sześć.

Z powodu tych dwu głębszych pęknięć pochwy i wreszcie innych znacznie mniejszych oświadczyć muszę, iż dla mnie osobiście pęknięcia te nie przedstawiają nic nieoczekiwanego z następujących względów: Mówimy wyłącznie o kleszczach wysokich; wiemy, iż kleszczami tymi musimy nietylko główkę płodu obniżyć, lecz jednocześnie musimy dokonywać dużych zwrotów główki, chcąc przeprowadzić szew strzałkowy z wymiaru poprzecznego miednicy poprzez skośny w wymiar prosty.

Te właśnie zwroty, nie zaś konstrukcya narzędzia, stanowią jedyny powód występowania pęknięć pochwy, zwłaszcza głębokich, o czem mowy być nie powinno przy wydobywaniu nizko stojącej główki.

Dokonywanie wspomnianych zwrotów wywołuje również niekiedy poszarpanie części pochwowej, co zdarzyło mi się raz jeden.

W 16 przypadkach nie miałem absolutnie żadnych pęknięć pochwy i krocza, w tem u pierwiastek w 8 przypadkach.

W zakończeniu rozpatrywania mojej kazuistyki zaznaczyć jeszcze muszę, iż u jednego z płodów wystąpił wkrótce po porodzie wylew krwi w spojówkę prawego oka; powikłanie to wkrótce ustąpiło pod okładami wilgotnymi. Sądzić należy, iż w danym przypadku łyżka kleszczy wprowadzona była wadliwie, zapewne nieco za głęboko i stąd wskutek ucisku powstało opisane uszkodzenie.

Streszczając wszystko wyżej podane, mogę wypowiedzieć następujące wnioski:

1. Będące w powszechnem użyciu kleszcze porodowe, nakładane we wchodzie miednicy, ze względu na swe wygięcie miednicowe nie mogą być nakładane w wymiarze prostym wchodu miednicy, przez co zazwyczaj obejmują główkę atypowo w jej wymiarze przednio-tylnym.

2. Wskutek takiego obejmowania główki powstać mogą nader ciężkie uszkodzenia płodu, nie mówiąc już

o możliwości ześlizgiwania się kleszczy i konieczności przerwania zabiegu.

3. Objąć wysoko stojącą główkę typowo, z boków, mogą zasadniczo tylko takie kleszcze, które z łatwością mogą być nałożone w wymiarze prostym wchodu.

Przypadek tętniaka tętnicy głównej wstępującej i łuku tętnicy głównej, leczony salwarsanem.

Podał

S. Justman (Łódź).

Wszyscy badacze i klinicyści, którzy stosowali salwarsan, uznają, że jedynemi przeciwwskazaniami dla tego środka są cierpienia układu naczyniowego i nerek, oraz posunięta gruźlica płuc. Przypadek poniżej opisany zasługuje z tego względu na uwagę, iż właśnie cierpienie układu naczyniowego, i to bardzo poważne, uznane było za wskazanie do użycia salwarsanu.

Adam Kw., lat 45, katolik, konduktor tramwajowy, przyjęty został do Łódzkiego Szpitala fabrycznego dnia 21 listopada 1911 r. z powodu gwałtownych napadów bicia serca i bolu w piersiach, rozpromieniającego się w dołek podsercowy, połączonych z czasową utratą tchu i mowy. Napady te wystąpiły rok temu i powtarzały się 2—3 razy tygodniowo. Po 2 miesiącach leżenia i leczenia objawowego (morfina podskórnie) nastąpiła poprawa, chory wrócił do zajęcia i pracował z przerwą 2-miesięczną (urlop letni ze względu na stan zdrowia) do zeszłego tygodnia, kiedy dawne napady ponowiły się w stopniu jeszcze gwałtowniejszym i stały się bardzo częste (kilka razy dziennie).

Dawniej czuł się zawsze zdrów, jeno kilka lat temu pośliznął się i potłukł, od tego czasu ból w tylnej części lewej kończyny dolnej od pośladka do kolana. Pali do 15 papierosów dziennie, wyskoku używał rzadko i niewiele, chorób wenerycznych miał nie przebywać. Podług słów żony, zawsze był »bardzo nerwowy«, dzieci, szczególniej najstarszy syn, również. Żona zdrowa, roniła 2 razy, 2 dzieci zdrowe, 2 zmarło na zapalenie mózgu wzgl. jelit.

Chory średniego wzrostu, szczupły, prawidłowej budowy. W dolnej części lewego płuca z tyłu stłumienie od XI żebra ku dołowi, nie wyjaśniające się przy głębszym wdechu. Górna granica serca na górnym brzegu V żebra, prawa i lewa prawidłowe. Lekkie stłumienie na mostku od wcięcia jarzmowego do przyczepu chrząstek III żeber. Wyraźny szmer rozkurczowy nad wszystkiemi ujściami, najsilniejszy nad aortą, I ton przy ictus niejasny, zmieszany z szmerem. T. 88, chybkie, rytmiczne. Tętno prawej t. sprychowej wyraźnie słabsze od tętna lewej. W narządach brzucha niema nic szczególnego. Niema zmian dotyku, przeczulicy, ani przytępienia czucia. Odruchów spojówkowych brak, inne prawidłowe. Prawa źrenica leży odśrodkowo, lewa nie okrągła, obie zupełnie nie oddziałują na światło, na ustawienie — żywo. Prawa rogówka zmętniała trochę (trichiasis, blizna rozległa górnej powieki po jaglicy).

Na zasadzie powyższych danych badania przedmiotowego rozpoznałem tętniaka tętnicy głównej wstępującej i łuku tętnicy głównej, objaw zaś Argyll-Robertsona umożliwił również wyjaśnienie etyologii tętniaka, mianowicie wskazał na jego przymiotową naturę. Wprawdzie chory zaprzeczał, jakoby kiedykolwiek nabawił się kiły, powyżej wymieniony jednak objaw obok niezrozumiałej u człowieka nie przeciążonego pracą umysłową »nerwowości«, która przeszła dziedzicznie na starszego syna, wystarczają do rozpoznania przymiotu mózgu. Pewne znaczenie mają również dwa poronienia żony, kobiety zupełnie zdrowej i nie pracującej zbyt ciężko fizycznie. Zresztą, nagabywany przezemnie kilkakrotnie, chory przyznał, czy też przypomniał sobie (patrz przebieg choroby), że, będąc kawalerem, miał raz rankę w rowku zażołędnym blizko wędzidełka, która po przypaleniu sinym kamieniem zagoiła się. Wiadomo, iż chorzy mniej i mało inteligentni przywiązują do choroby tylko wtedy pewną wagę, o ile towarzyszy jej ból lub inny jakiś niezwykły objaw. Tem się objaśnia fakt, iż wrzód twardy, jako niebolesny, często uchodzi zupełnie uwagi chorego. Tak się też rzecz miała i u naszego chorego: ponieważ ranka go nie bolała i zagoiła się sama, przeto uważał ją za rzecz niewinną.

Pewnym będąc kiłowego pochodzenia tętniaka, postanowiłem przystąpić niezwłocznie do leczenia przyczynowego. Dla uzupełnienia jednak obrazu klinicznego i w celu usunięcia wszelkich pozostałych jeszcze co do rozpoznania i etyologii cierpienia wątpliwości posłałem krew chorego do zbadania metodą Wassermana, a sam chory został prześwietlony i rentgenografowany. Wyniki badania krwi i rentgenogram potwierdziły rozpoznanie i etyologię cierpienia; co do szczegółów patrz niżej.

Przebieg choroby i leczenia był następujący,

23. XI. W nocy był chory niespokojny, mówił, by mu dano trucizny, to sobie życie odbierze, uspokoił się po dużej dawce bromu. Zastosowana przedtem podskórnie morfina w ilości 0,01 żadnego wpływu nie wywarła. Jak mi mówił lekarz, obserwujący chorego przed wstąpieniem do szpitala, stosował on w razie napadu 0,02 morfiny.

24. XI. Chory przypomina sobie, że kawalerem będąc, dostał ranki w rowku zażołędnym blizko wędzidełka, która po przypaleniu sinym kamieniem zagoiła się. Chory bierze od wczoraj brom w dużych dawkach.

25. XI—27. XI. Spał nieźle, po obiedzie czuje się pełnym. Płaczliwy.

28. XI. Narzeka, że spać nie może, że go pali w dołku, apetytu brak, mdłości, wymioty itd. Płaczliwy. Zalecono: węglan magnowy, na noc weronal. 29. XI. W nocy spał. 30, XI. W nocy spał dobrze, czuje się dobrze. T-84.

1. XII—2. XII, Próba Wassermana dała wynik dodatni, silny (Dr. Silberstrom). Badanie wziernikiem ocznym po rozszerzeniu źrenic atropiną wykazało lekkie zatarcie granic brodawek nerwów wzrokowych, lekkie zwężenie tętnic — obraz ten w prawem oku wydatniejszy.

3. XII – 4. XII. Wprowadziłem do żyły 0,24 salwarsanu. 5. XII. Chory czuje się zupełnie dobrze. Najwyższe podniesienie ciepłoty do 37·7° nastąpiło wieczorem, dziś ciepłota prawidłowa. 6. XII—7. XII. Wprowadziłem do żyły 0,25 salwarsanu. 8. XII. Ciepłota pozostała prawidłową.

9. XII—10. XII. Chory czuje się dobrze, sypia spokojnie, zaznacza niepytany, że się czuje zupełnie spokojnym, czego dawniej nie bywało. Pyta się o termin wyjścia ze szpitala.

11. XII—15. XII. Wprowadziłem do żyły 0,25 salwarsanu. 16. XII. Ciepłota pozostała prawidłową. Chory prosi o wypuszczenie ze szpitala, bo ze względu na blizkie święta nie może się zadowolnić połową płacy pobieraną przez czas choroby. 17. XII. Czuje się dobrze. Wypuszczony w stanie dobrym z poleceniem powrotu do szpitala po miesiącu.

O wyniku prześwietlenia i zdjęcia dowiedziałem się nazajutrz po wypuszczeniu chorego z rozmowy z Dr. Langem, do którego w tym celu chory skierowany był w końcu listopada 1911. Rozpoznanie kliniczne okazało się słusznem.

Z chwilą rozpoczęcia leczenia salwarsanem zaniechałem stosowania wszelkich innych środków. Zmiany więc, jakie nastąpiły od tego czasu, zależały niewątpliwie od działania salwarsanu. Przedewszystkiem uderzający był wpływ tego środka na stan psychiczny chorego. Chory, który przedtem był ciągle usposobiony płaczliwie, którego wyraz twarzy świadczył o ciągłej burzy wewnętrznej, już po pierwszem wlewaniu salwarsanu zaczął bardzo dobrze sypiać, poczuł się spokojnym, z czego szczególniej

był zadowolony. Wszelkie nieprzyjemne uczucia w piersiach i brzuchu, na które w obfitości skarżył się chory poprzednio, znikły, jak ręką odjęte. Dawne napady ustały wprawdzie jeszcze przed rozpoczęciem leczenia salwarsanem, tak że wpływ tegoż na nie na razie ocenić się nie da. Ważnem jednak jest ustanie bicia serca, które chory stwierdził zupełnie sam, bez żadnej sugestyi z mojej strony.

Naturalnie, przedwczesnem, a nawet nie odpowiedniem byłoby mówić o wyleczeniu w przypadku anatomicznie daleko już posuniętym, jak nasz. Lecz sam fakt poprawy zmusza we wszystkich analogicznych przypadkach zastosować salwarsan, który naturalnie tem więcej pomoże, im wcześniej zastosowany będzie. W danym przypadku prócz zmniejszenia dawki żadnych właściwie środków ostrożności nie zastosowałem. Zwracałem tylko pilną uwagę na stan podmiotowy i tętno chorego podczas wlewania śródżylnego, po którem chorego zawieziono na salę z nakazem zachowania absolutnego spokoju przez dobę.

Choremu wstrzykuję od drugiej połowy stycznia co 9—11 dni (w dzień wolny od pracy) śródmięśniowo salicylan rtęci, jednocześnie bierze chory jodek potasu 3 razy dziennie po 0,75. Przez cały ten czas czuje się zupełnie dobrze i pracuje, jako konduktor czynny (nie zapasowy, jak z początku po wypuszczeniu ze szpitala).

Jeśli wolno wysnuwać wnioski z jednego sumiennie spostrzeganego przypadku, to pozwolę sobie sformułować je, jak następuje.

I. Tętniak tętnicy głównej pochodzenia przymiotowego stanowi wskazanie do zastosowania salwarsanu.

II. Dawka jednorazowa salwarsanu musi być wtedy zmniejszona o 30%—50% t. j. 0,25 zamiast 0,4—0,5.

III. Po wlewaniu śródżylnem powinien chory przez dobę zachować się tak, jak po laparotomii.

IV. Dawka jednorazowa, zniesiona raz dobrze, może być następnie powtarzana kilka razy w odstępach kilkodniowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Marya Hollensen. **W jaki sposób może lekarz praktyczny najlepiej przeprowadzać leczenie tuberkulinowe?** (Med. Klin. 1912, Nr 8). Należy kierować się odczynem Pirqueta, wykonywanym co 6 tygodni. Zwykle przerywa się leczenie, gdy chory znosi 1 cm.³ nierozcieńczonej starej tuberkuliny lub zawiesiny prątków bez odczynu. Obecne przetwory dozwalają stosować żądane rozcieńczenia i przechowywać je dobrze nawet przez czas dłuższy. K.

Kohler i Plautówna. **Doświadczenia z tuberkuliną Rosenbacha.** (Zeitschr. f. klin. Med. t. 74, zesz. 3 i 4). Od czasu istnienia tuberkuliny Kocha pojawiają się liczne usiłowania, zmierzające do obniżenia własności szkodliwych, bez ujmy dla strony leczniczej tego przetworu. Tak powstała też tuberkulina Rosenbacha, którą się otrzymuje przez biochemiczne działanie na prątki gruźlicze i ich podłoże zapomocą pleśniowca »trichophyton holosericum album«. Pleśniowiec ten, dosiany do hodowli prątków gruźliczych, zmienia własności tuberkuliny, odbierając jej jadowitość. Z powodu małej jadowitości w porównaniu ze starą tuberkuliną, można stosować przeszło 100 razy większe dawki lecznicze tej tuberkuliny i Rosenbach doniósł o bardzo wybitnych pomyślnych wynikach, osiągniętych tem leczeniem. Wobec takich wyników Rosenbacha, Kohler i Plautówna zastosowali tę tuberkulinę na klinice berlińskiej Prof. His'a u czterdziestu chorych, a równocześnie u drugich czterdziestu zastosowali przyjęte dziś ogólnie leczenie dyetetyczno-higieniczne z ewentualnym dodatkiem przetworów gwajakolowych. Chore były przeważnie dotknięte zmianami początkowemi, a tylko nieznaczna ich liczba miała zmiany gruźlicze drugiego okresu. Przeważna część chorych oddawała się podczas leczenia swoim zwyczajnym zajęciom, atoli w nieco ograniczonej mierze. Chore leczone tuberkuliną pozostawały przez 4—7 miesięcy w leczeniu autorów i dostawały 2 razy na tydzień w okolicę ramienia wstrzyknięcie tuberkuliny. Rozpoczynano od dawki początkowej 0·1 cm³, a przy zwiększaniu stopniowem dawki kierowano się spostrzeżeniami, jak dana chora środek ten znosiła. Dawkę zwiększano o 0·1 aż do 1 cm³. Tą dawkę kilkakrotnie powtarzano, a potem stopniowano wielokrotnie do 1·5, 2, 2·5 i najwyżej 3 cm³. Tylko u słabych i wrażliwych chorych zaczynano od 0·01 gr, a później między 0·1 a 1 gr powoli stopniowano. Wyniki tego leczenia były bardzo korzystne. Przy leczeniu tą tuberkuliną stwierdzono pomyślny przebieg u 85·4% (bez tuberkuliny tylko u 36·8%). U 41·2% chorych, leczonych tuberkuliną, znikły zupełnie zmiany, stwierdzone przedmiotowo, natomiast z chorych nieleczonych tuberkuliną nie stwierdzono tego u żadnej. Przy leczeniu tuberkuliną przybytek wagi stwierdzono u 70·2% (bez tuberkuliny u 33·4%), nie zauważono przybytku ani ubytku wagi u 16·2% (bez tuberkuliny u 20%), straciło na wadze 13·5% (bez tuberkuliny 46·7%). Oprócz pomyślnych wyników przedmiotowych zauważono bardzo znaczną poprawę dolegliwości podmiotowych. Odczyn u chorych bywał rozmaity. Przeważnie stwierdzano dość znaczny obrzęk, wychodzący z miejsca wstrzyknięcia i obejmujący prawie całe ramię. Jest to odczyn, występujący przy wstrzykiwaniach starej tuberkuliny, znany pod nazwą odczynu Moro. Oprócz tego stwierdzano podnoszenie się czasowe ciepłoty i czasowy odczyn miejscowy w ogniskach gruźliczych w płucach, w postaci zwiększania się rzężeń. Ujemnych skutków działania zupełnie nie stwierdzono, a wspomnianych obrzęków dawało się uniknąć przez wstrzykiwania w skórę grzbietu lub wstrzykiwania wśródmięśniowe.

Dr M. Blassberg.

Prof. Ghedini. **O trującem działaniu kwasów oksyproteinowych moczu ludzkiego.** (Folia clin. chimic. et microsc. t. 3, z. XI, 1911). Otrzymywany z moczów rozmaitych osób kwas oksyproteinowy wprowadzał autor do ustroju zwierząt (psy, króliki, białe myszy) śródżylnie, podskórnie lub wewnętrznie; stwierdził przytem znaczne działanie trujące oksyproteiny. Objawy zatrucia były następujące: przyspieszenie oddechu, niepokój, drgawki, wymioty, biegunka, wreszcie śmierć, zależnie od dawki. Sposób podania nie odgrywał żadnej roli. Najsilniejsze działanie trujące okazywały oksyproteiny, pochodzące z moczu osób zdrowych, nieco mniejsze z moczu osób cierpiących na cukrzycę i chorobę Basedowa, najsłabsze zaś działanie trujące miały oksyproteiny z moczu osób, dotkniętych zapaleniem nerek, marskością, lub kiłą wątroby i rakiem żołądka. Jeżeli się zdarzy, że zdrowy człowiek wydziela w 2 litrach moczu 6·7 gr. oksyprotein, należy przyjąć, że upośledzenie ich wydalania, jak np. przy zapaleniu nerek, może mieć ciężkie następstwa. Ten sam przypadek zajść może, gdy przy niezmienionem wydalaniu nastąpi zwiększona produkcya oksyprotein wskutek rozpadu komórek, n. p. przy raku. Ponieważ mocz chorych na raka zawiera znaczną ilość oksyprotein, przeto autor jest skłonny przypisać im pewną rolę w powstawaniu charłactwa. Podobnie i upadek odżywienia (dystrofia), jaki się spotyka u osób cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek na tle ogólnem, mogłoby być w związku ze zwiększoną produkcyą oksyprotein z powodu zaburzeń w tkankach, tak, że zmiany miąższu nerkowego byłyby następstwem tej dystrofii, a nie sprawą pierwotną.

Dr T. T.

Beyle. **Opoterapia śledzioną. Leczenie swoiste gruźlicy.** (Rèvue de med. 1911, Nr 6). Autor od r. 1907 prowadzi systematyczne badania nad tym sposobem leczenia Chory dostaje dziennie w gorącym bulionie lub w inne

jakiej potrawie 100 gr. świeżego roztartego miąższu śledziony wieprzowej. Takie leczenie trwa 3 tygodnie, potem następuje przerwa 2-tygodniowa, potem znowu 3 tygodnie leczenia itd. Leczenie to znoszą chorzy zwykle bardzo dobrze, bez żadnych nieprzyjemnych objawów, z wyjątkiem lekkiego i krótkotrwałego rozwolnienia. Jeżeli jednak chory leczenie takie źle znosi, to używa się wewnętrznie lub podskórnie wyciągu śledziony. Pod wpływem takiego leczenia stan podmiotowy chorego polepsza się, podnosi się ciężar ciała, zmniejsza się kaszel, duszność, znikają bole wszelkiego rodzaju już nawet po 2 tygodniach leczenia. Wybitną także poprawę daje ten sposób leczenia w gruźlicy gruczołowej.

W sposób powyższy leczył autor 150 chorych na gruźlicę płuc i 21 chorych na gruźlicę kości, stawów lub gruczołów. Z 150 chorych na gruźlicę płuc zauważył autor wpływ leczenia w 146 przypadkach. W tych zaś przypadkach, które mógł dość długo obserwować, w 75% stwierdzić miał, jak podaje, wyleczenie (?). Przypadki gruźlicy miejscowej wszystkie zostały wyleczone (?). Autor podaje w swej pracy szczegółowy opis 4 przypadków i w końcu między innymi dochodzi do następujących wniosków: Leczenie śledzioną jest prawdziwie swoistym sposobem leczenia tak gruźlicy płuc, jak i gruźlicy miejscowej gruczołów i stawów. Leczenie to nie wywołuje żadnego odczynu gorączkowego, ani też przykrych objawów. Wreszcie leczenie to jest nadzwyczaj proste i łatwe. Dr L. Mańkowski.

Tommasi. **W sprawie gośćca gruźliczego.** (Revue de méd. 1911, Nr 4). Istnieje cały szereg przypadków zajęcia stawów, które z początku są bardzo podobne do zwykłego gośćca stawowego. Jednakowoż bezskuteczność przetworów salicylowych, pogarszanie się objawów po miejscowem zastosowaniu, gorączka lekka i nieodpowiednia do bolów stawowych itd., wszystko to każe przypuszczać możliwość gośćca rzekomego, gośćca gruźliczego. Jednakowoż rozróżnienie bywa tutaj bardzo trudne. Pomocne mogą się tutaj okazać: próba tuberkulinowa, cytodyagnostyka płynu, wydobytego z stawu zajętego i zaszczepienie tego płynu świnkom morskim, prócz tego oczywiście dalszy przebieg kliniczny choroby i ścisła analiza objawów. Autor podaje szczegółowy opis 3 przypadków (z których dwa zakończyły się śmiercią) i wyniki badania patologo-anatomicznego. Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Bonacher i Gorter. **Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez prątka paratyfusowego, powikłane tężyczką, u dziecka ośmiomiesięcznego.** (Arch. de méd. des enf. T. XIV. 1911, Nr 5). Początek i pierwsze tygodnie choroby miały wszelkie cechy gruźliczego zapalenia opon; w 3. tygodniu wystąpiły drgawki toniczne i kloniczne, przyczem lewa ręka okazywała ułożenie, charakterystyczne dla tężyczki. W dalszym przebiegu szczękościsk i wszelkie objawy tężyczki; w 11. tygodniu choroby zejście śmiertelne. Płyn mózgowordzeniowy mętny, nie zawierał prątków Kocha, natomiast wyhodowano z niego prątka paratyfusowego. Zejście śmiertelne przypisują autorzy nietyle jadowitości prątków, ile wyniszczeniu z powodu upośledzonego odżywiania. Tężyczka istniała, według autorów, w stanie utajonym jeszcze przed zapaleniem opon, które ją dopiero ujawniło, prawdopodobnie przez usunięcie soli wapniowych z sąsiednich ośrodków ruchowych kory mózgowej, zwiększając przez to ich pobudliwość. Dr T. T.

Morelli. **Angina Plaut-Vincenti.** (Folia clin. chimic. et microscop. T. III, z. XI, 1911). Vincent odróżnia dwie odmiany zapalenia gardła, jego imieniem oznaczonego, jedną rzadszą o nalotach błonicowatych, z bardzo powierzchownemi owrzodzeniami, wywołaną tylko przez prątki wrzecionowate, i drugą, znacznie częstszą, z głębszemi owrzodzeniami błony śluzowej, gdzie obok wspomnianego prątka pojawiają się jeszcze drobnoustroje z gatunku krętków (spirochaete). W przeciwieństwie do tego podaje autor, że w pierwszych z tych odmian można spotkać oba drobnoustroje razem w bardzo wielkiej ilości; prawdopodobnie tedy owrzodzenia w odmianie drugiej nie tyle zależą od obecności krętków, ile od następowego zakażenia florą jamy ustnej, względnie od mniejszej odporności tkanek. Jako ważny szczegół z rozpoznania różniczkowego względem błonicy, którą można odróżnić zresztą tylko na podstawie badania bakteryologicznego, podnosi autor niestosunek przy zapaleniu gardła Plaut-Vincenta między niekiedy bardzo rozległemi zmianami miejscowemi, a stosunkowo lekkim stanem ogólnym. Dr T. T.

Markuson i Agopoff. **O wartości wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych.** (Arch. de méd. des enf. T. XIV. 1911, Nr 5). Autorzy wstrzykiwali przez przeciąg 3 lat w celach zapobiegawczych przeszło 1.000 dzieciom, dotkniętym odrą, po 1.000 jednostek uodparniających surowicy przeciwbłoniczej, zaraz po ich przybyciu do szpitala. W porównaniu ze statystyką poprzednich trzech lat, w których leczono również przeszło 1.000 dzieci na odrę, nie wstrzykując surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych, okazało się, że odsetek dzieci w ten sposób uodpornianych, które później zapadły na błonicę, był nawet nieco większy, niż dzieci drugiej kategoryi. Początek błonicy przypadał tak u jednych, jak i drugich, przeważnie na okres pierwszych 2 tygodni po przybyciu do szpitala, więc na czas, w którym u dzieci, objętych doświadczeniem, bierna odporność powinna być u szczytu. Również i odsetek śmiertelności z powodu błonicy dzieci jednej i drugiej kategoryi był ten sam. Na podstawie tych danych radzą autorzy nie wstrzykiwać surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych osobom dotkniętym odrą, zwłaszcza zaś nigdy nie powtarzać takich wstrzykiwań z obawy wywołania objawów anafilaksyi. Możność zapobiegania błonicy upatrują M. i A. w szczepieniu ochronnem; różnice między wynikami własnych badań, a wynikami innych autorów, przypisują odmiennemu charakterowi epidemii w Rosyi. Dr T. T.

Higiena.

(Z posiedzeń sprawozdawczych lekarzy miejskich w Krakowie).

Siegfried Rosenfeld: **Wpływ zmian atmosferycznych na powstawanie nieżytów żołądkowo-jelitowych i zapaleń narządów oddechowych u osesków.** (Das österreichische Sanitätswesen 1911 r. 28—34).

Autor opiera się w swej statystyce na materyale z 25 lat (1884—1905), dotyczącym śmiertelności osesków w Wiedniu w pierwszym roku życia i wykazuje związek między niektórymi czynnikami klimatycznymi, a śmiertelnością osesków na cierpienia żołądkowo-jelitowe i zapalenia narządów oddechowych. Głównym czynnikiem klimatycznym jest ciepłota powietrza. Wysokie ciepłoty, od 30°C wzwyż, przy dłuższem, niż jednodniowem trwaniu, zwiększają śmiertelność osesków na cierpienia żołądkowo jelitowe. Im wyższa ciepłota i im dłużej trwa, tem większa śmiertelność, szczególnie przy silnej względnej wilgotności powietrza. Śmiertelność z powodu chorób narządów oddechowych zwiększa się w zimie, lecz znaczniej jeszcze zwiększa się z wiosną, szczególnie, gdy po kilku dniach zimnych nagle występują kilkodniowe wysokie ciepłoty od 15—20°C; opady, występujące po dłuższej suszy, zmniejszają śmiertelność.

Że wysokie ciepłoty wywierają w etyologii zaburzeń trawienia wpływ pośredni, a to działając na środki odżywcze dla dzieci, łatwo się rozkładające, jest ogólnie przyjęte; lecz istnieje także bezpośredni wpływ wysokich ciepłot w lecie na powstawanie nieżytów żołądkowo-jelitowych, a to przez 1) przekarmianie osesków w lecie, gdyż ilość i częstość pożywienia w lecie zwykle nie bywa mniejsza, niż w innych miesiącach; 2) zawijanie dzieci, wywołujące wzmożenie się ciepła w ustroju, co usposabia do za

burzeń jelitowych; 3) wysoką ciepłotę powietrza mieszkań, należycie nie wentylowanych, szczególnie w mieszkaniach proletaryatu; ten wpływ gorąca wzmaga swoją szkodliwość przez zwiększoną wilgotność powietrza. Dlatego do środków zwalczających śmiertelność osesków z chorób trawienia należy: 1) zmniejszenie ilości i częstości pożywienia osesków w miesiącach gorących; 2) codzienne zmywania lub chłodne kąpiele koło godz. 2. popołudniu, a więc w okresie najwyższego ciepła, natomiast unikanie zawijania dzieci pieluszkami i wiązaniami; 3) wentylowanie mieszkań i otwieranie na noc okien sypialni.

Co do śmiertelności z powodu chorób narządów oddechowych, to statystycznie stwierdzono fakta następujące: 1) Śmiertelność osesków zwiększa się z obniżeniem się ciepłoty powietrza poniżej 0°. Powodów tego szukać należy w tem, że oseski te trzymane bywają w mieszkaniach przeważnie zanadto opalanych, o małej ilości tlenu, a nie miały jeszcze czasu przystosować się do tych warunków, co dopiero koło stycznia każdego roku regularnie następuje. 2) Z wiosną zwiększa się śmiertelność osesków z zapalenia płuc; przyczyną tego jest nieodpowiednie ubieranie osesków i nadmierne a nieodpowiednie opalanie mieszkań, dające powód do nadmiernego zatrzymania się ciepła w ustroju

Dr Bolesław Komorowski.

Zapasiewicz: **O panującej obecnie dżumie w Rosyi** (Zdrowie, zeszyt 5. 1911).

Celem zbadania epidemii dżumy w Odessie w roku 1910 i 1911, wysłał Magistrat Warszawy Dra Gerlacha i Dra Zapasiewicza do Odessy, którzy w niniejszej pracy opisują swe spostrzeżenia. W związku z epidemią w Odessie omawia autor sprawozdanie najwyższej Komisyi dla zwalczania tej choroby w Rosyi azyatyckiej. Według tego sprawozdania, w strefie kolei wschodnio-chińskiej zachorowało od początku epidemii do 28/I 1911 r. 1065 osób, wyzdrowiało tylko 16, w następnym tygodniu zachorowało 141, nikt nie wyzdrowiał. Nie lepsza jest statystyka z okolic Charbina, stepów kirgizkich. Panowała tu głównie dżuma płucna, do tego nie stosowano tu tak energicznie surowicy przeciwdżumowej, jak w Odessie. Śmiertelność w ostatniej epidemii gruczołowej w Odessie, wynosiła z początku 60 do 70%, po stosowaniu surowicy przeciwdżumowej spadła na 10—5%. Pomijając szczegółowy opis cech morfologicznych i biologicznych lasecznika dżumy, wspomnieć należy, że mleko nie ścina się i nie przedstawia żadnych zmian wskutek rozwoju laseczników dżumy. a następnie, że lasecznik dżumy, jak to ponownie stwierdzono, jest bardzo odporny na wpływy ciepłoty, bo mnoży się i w ciepłocie + 5° C.

Roznosicielami laseczników są, jak stwierdzono, pchły i muchy, (pulex cheopis, muscae domesticae, calliphorae, vomitoriae), które mogą wywołać zakażenie już wprost przez siadanie na skórze człowieka na ubraniu; dalej pewien gatunek mrówek, pluskwy, w których według Klodnickiego i Jordańskiego utrzymują się laseczniki dżumy nieraz przez 3 miesiące. Do przenosicieli laseczników zaliczają również psy, koty, króliki, dżdżownice (laseczniki w ciele dżdżownic nie tracą jadowitości przez 7 dni), dalej ryby. Na Syberyi bobaki (tarbagany) gromadnie chorują na dżumę ostrą i przewlekłą i epidemie dżumy u nich, tak, jak to stwierdzono u szczurów, poprzedzają wystąpienie tej choroby u ludzi. Szczury przetrzymują nierzadko epidemie tej choroby u ludzi, czego dowodzi fakt, że w Odessie w dzielnicy zadżumionej już po ustaniu epidemii u ludzi, przy badaniu szczurów znaleziono na 50, jeszcze 6 padłych na dżumę. Badania wykonywano i w ogólnych pracowniach, przy zastosowaniu środków ostrożności. Podłogi pracowni kamienne, stoły pokryte szkłem, ściany pociągnięte farbą olejną, lekarze w osobnych fartuchach i gumowych rękawiczkach.

Wrotami zakażenia są drobne nawet uszkodzenia naskórka, co doświadczalnie stwierdzono także w obecnej epidemii. Jednak i przez skórę, pozornie całą, mogą wniknąć laseczniki do ustroju i wywołać zmiany w najbliższych gruczołach chłonnych.

Leczono głównie surowicą przeciwdżumową z Kronsztadtu w ilości od 150—200—700 cm³ nawet po kilka razy, odpowiednio do ciężkości schorzenia. Chorych dżumowych umieszczano w osobnym pawilonie, w pokojach z łóżkiem w pośrodku, podłogę pokrywano w około prześcieradłami zamoczonemi w sublimacie, okna, drzwi zawieszano siatkami i zasłonami, muchy tępiono. Personal szpitalny szczepiono ochronnie surowicą Yersina i Haffkinea, nadto używano respiratorów na nos i usta. Pawilon dla dżumowych, zbudowany zupełnie oddzielnie, według najnowszych zdobyczy wiedzy, posiada urządzenie dla odkażania wód odpływowych w postaci zbiorników szczelnie zamkniętych (odkażanie chlorkiem wapna), skąd dopiero wpuszcza się odpływy do kanałów miejskich. Chorych przewożono w osobnym wozie pod nadzorem Siostry Miłosierdzia do pawilonu dżumowego, zaś równocześnie wysyłano służbę sanitarną celem odkażenia mieszkania i wytępienia szczurów. Tępienie szczurów przeprowadzano wszystkimi znanymi sposobami, a więc mechanicznie przez zastawianie pułapek, chemicznie przez stosowanie trucizn i biologicznymi posiewami Danysza. Osoby z otoczenia chorego oddawano pod obserwacyę pięciodniową w osobnym baraku, skąd po odkażeniu ubrań, bielizny i po wykąpaniu puszczano je do domu.

Dr Stanisław Gólski

Otto Welge: **Ćwierć wieku polityki socyalnej** (Sociale Medizin und Hygiene, zesz. 4, 1911).

Od wprowadzenia ubezpieczenia państwowego w Niemczech na wypadek choroby upłynęło 25 lat w r. 1900, zaś taki sam czas upłynął w r 1910 od zaprowadzenia państwowego ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków. Liczba osób ubezpieczonych w różnych kasach chorych wzrosła od r. 1885 z 10·5% ogółu ludności cesarstwa niemieckiego na 20·8%, to znaczy, że przeszło 1/5 część ludności tego państwa korzysta z pomocy kas chorych. — W ciągu 25 lat zgłoszono w kasach chorych 81,271.540 przypadków zachorowania z niezdolnością do pracy; zapłacono zasiłki za blizko 1½ miliarda dni w kwocie okrągło 3 miliardów i 627 milionów marek. Koszta administracyi kas chorych wynosiły w ostatnim roku 5·4% ogółu wydatków. Szkoda, że autor nie podaje, ile wynosiły płace lekarzy. Przyp. sprawozd.). Od nieszczęśliwego wypadku było w roku 1909 ubezpieczonych okrągło 27 milionów osób, zajętych w rozmaitych przedsiębiorstwach, a wypłacone w tym roku odszkodowania wynosiły 155 milionów marek. Oprócz tego podaje autor liczne cyfry, ilustrujące ubezpieczenie na wypadek stałej niezdolności do pracy (Invalidenversicherung).

Dr Weinsberg.

Sorger: **W sprawie statystyki zboczeń refrakcyl, zwłaszcza krótkowzroczności w szkołach średnich.** (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1911 Nr 5). S. badał wychowanków seminaryum w Wienerstadt i znalazł u 502 krótkowzroczność, która jednak ze względu na wzorowe stosunki higieniczne w internacie tylko nieznacznie u kilku uczniów się pogorszyła. Celem zaradzenia złemu powinien lekarz szkolny dobrać czy też polecić dobrać odpowiednie szkła (oznaczenie szkła z pomocą wziernika), dbać o dobre oświetlenie klas, odpowiednie trzymanie się uczniów przy czytaniu i pisaniu. Dalej w każdej godzinie nauki powinna być przerwa 5—10-minutowa, przyczem uczniowie powinni mieć sposobność patrzenia w dal (podworzec, ogród). Rozkład godzin ma uwzględniać wypoczynek dla oka. Uczniowie powinni trzymać książki i zeszyty na 30 do 35 cm. od oka. Wielką rolę odgrywa też odpowiedni papier, druk i atrament.

Klęsk.

Sejmowe sprawy sanitarne.

Szpitalnictwo galicyjskie w ostatniem pięcioleciu.

(Dokończenie).

Mniej dobrze przedstawiają się urządzenia mechaniczne, ogrzewanie, oświetlenie i t. d., chociaż im w ostatniem pięcioleciu poświęcono uwagi znacznie więcej, niż dawniej. Jeszcze w r. 1910 nie było urządzeń wodociągowych w kilku szpitalach, nie mówiąc już o najgorszych, jak Bochnia, Brody i t. p., ale nawet w stosunkowo nie starych, jak Rzeszów, gdzie dowożono wodę tylko beczkami, lub Żywiec. Wśród cierpiących na niedostatek wody są szpitale prowincyonalne, należące do największych, jak Drohobycz i Stanisławów. W ilu szpitalach nie ma wody ciepłej doprowadzonej do sali operacyjnej i t. d., nie zdołałem dojść, ale wśród nich były w r. 1911 niektóre nawet najnowsze szpitale (Kosów). Zresztą instalacye tego rodzaju, zwłaszcza kąpielowe, były w wielu szpitalach widocznie odrazu licho lub wadliwie wykonane, bo w sprawozdaniach inspektoratu spotyka się mnogie wzmianki, że już się popsuły kotły lub piecyki do grzania wody, że w łazienkach były w czasie inspekcyi liche wanny blaszane, albo że lepsze wanny dopiero się sprawia. Najgorsze szpitale nie mają nawet wcale łazienek (Bochnia, Podhajce, z większych Stanisławów, z lepszych Tarnopol, Żywiec), albo za mało (w Brodach jedyna łazienka z zupełnie zniszczonemi wannami na 70 łóżek etatowych), a o złych lub zniszczonych łazienkach wspomina inspektor w r. 1911 jeszcze w 10 innych szpitalach. Toteż bądź dla niedostatku wody, bądź z powodu złych łazienek wydawano kąpiele dla chorych zbyt skąpo w r. 1911 jeszcze w 13 czy 14 szpitalach. Jeszcze trudniejsze zadanie przedstawia doprowadzenie do należytego stanu wychodków, które w najgorszych szpitalach (ale i w Rzeszowie) prymitywne, nie spłukiwane wodą, zapowietrzają cały budynek, a w kilkunastu szpitalach, zaopatrzonych już należycie, wskutek niekulturalności chorych szybko się niszczą i psują (nawet w najlepszych szpitalach, jak Biała i Przemyśl). Jakie są gdzie urządzenia kanalizacyjne, dowiemy się zapewne dokładnie z zapowiedzianej publikacyi o szpitalach; ze sprawozdań inspektoratu nie można oznaczyć, jaki był w ostatnich latach postęp w tym zakresie.

Nowoczesne ogrzewanie centralne istnieje tylko w najnowszych większych szpitalach; nie mają go przecież w znacznej części nawet duże szpitale stołeczne, nic więc dziwnego, że mało gdzie jest ono na prowincyi. Ale i zwykłe ogrzewanie piecami było jeszcze w r. 1911 tu i owdzie niedostateczne, nawet w szpitalach nowych lub zrekonstruowanych (korytarze źle ogrzane w Nowym Sączu i Sanoku, gdzie nawet woda na korytarzach zimą zamarza, zupełnie nieogrzane wychodki i łazienki w Złoczowie, gdzie i w salach chorych było w zimie + 8° C). Oświetlenie elektryczne mają również tylko niektóre z tych szpitali, gdzie ma je i miasto; w tym względzie ostatnie lata przyniosły postęp, największy w szpitalach stołecznych, nie tak dawno jeszcze oświetlanych tylko naftą, którą posługiwać się musi znaczna większość szpitali prowincyonalnych. Wentylacyę z popędem elektrycznym nie wiem, czy ma który szpital oprócz Białej. Do pralni i kuchni wprowadzane są stopniowo odpowiednie urządzenia (wirówki, płuczki i t. p.), których dziś, sądząc ze sprawozdań inspektora, chyba prawie nigdzie już nie braknie; najgorzej są pod tym względem wyposażone jak się zdaje właśnie szpitale największe (Lwów, Kraków), gdzie zrujnowane z powodu długiej już służby urządzenia mechaniczne pralni niszczą bieliznę, a urządzenia kuchenne są za małe w stosunku do liczby chorych (w Krakowie gotuje się różne potrawy kolejno w tych samych kotłach; wniosek o rekonstrukcyę przedłożony Sejmowi nie doszedł pod obrady).

Do odkażania sal sprawiono w ostatnich latach przyrządy formalinowe dla wszystkich szpitali, a widać usilną dążność do zaopatrzenia wszystkich w dobre dezynfektory parowe. W r. 1911 nie było ich jednak jeszcze w 9 szpitalach, nawet tak nowych i dużych, jak Przemyśl, Tarnów, Jarosław, Brzeżany, w jednym był tylko wspólny z miastem, a w 4 był wprawdzie dezynfektor, ale zupełnie zniszczony i prawie lub wcale nieużyteczny (m. i. w Stanisławowie). Gdzieniegdzie (3 szpitale) nie było pieca do spalania śmieci i opatrunków, ale ten brak zapewne już został usunięty.

4) Ogrody szpitalne, mające niemałe znaczenie ze względu na chorych mogących chodzić i spędzać w nich na świeżem powietrzu dni ciepłe i pogodne, musiały się w ostatnich latach znacznie poprawić, odkąd inspektorat i na nie zwraca uwagę, czego ślad widnieje w jego sprawozdaniach. W ostatniem np. spotykamy wzmiankę o dobrze urządzonych lub urządzających się ogrodach w 6 szpitalach, o zaniedbaniu lub braku ogrodów dla chorych w 5 szpitalach. Natomiast brak dokładniejszych wiadomości o tem, jak postępuje sprawa leżalni, poruszona przez ankietę przeciwgruźliczą, gorąco popierana w r. b. przez Sejmową Komisyę sanitarną i akceptowana przez Wydział krajowy; w ostatniem np. sprawozdaniu wspomina inspektorat o werandach tylko w Białej i Kołomyi i o pięknej, ale na razie nieużytecznej leżalni w Złoczowie.

5) Urządzenie wewnętrzne również poprawiło się w ostatniem pięcioleciu, a choć do zadowalniającego stanu jeszcze dość daleko, jednakże znać ogromną różnicę w porównaniu z tem, co zastał we wszystkich niemal szpitalach Dr Łuszczkiewicz, budząc swym pierwszym, zupełnie przedmiotowym opisem przed 5 laty istotną sensacyę. Zabrano się wtedy energicznie do sanacyi; jednym z bardzo praktycznych kroków było ustalenie przez Wydział krajowy odpowiednich modeli sprzętów szpitalnych i nacisk na to, aby szpitale według nich swe umeblowanie kompletowały, zaopatrując się zarazem stopniowo w niklowe naczynia kuchenne i stołowe, w odpowiedni zapas pościeli i w bieliznę przynajmniej w granicach przepisanej normy (niezbyt zresztą obfitej, bo nakazującej zapasy bielizny najwyżej na 4 zmiany na etatową liczbę łóżek, co oczywiście nie może wystarczyć przy stałem przepełnieniu szpitali chorymi). W r. 1911 pozostawało już tylko 5 takich szpitali, gdzie sprzęty (łóżka, stoliki, stołki) były bardzo złe, stare, zupełnie zniszczone lub gdzie ich bardzo dużo brakło, 7 takich, gdzie inwentarz sprzętów wymaga znaczniejszych uzupełnień [19]), 3 z drobniejszymi brakami, a w 4 było uzupełnienie właśnie prawie ukończone; w reszcie szpitali był zapewne stan już znośny lub zadawalniający. Gdzieniegdzie przy uzupełnieniach popełniano błędy, nabywając ze złych źródeł przedmioty gorszej jakości; inspektor polecił takich dostaw nie przyjąć. Naczynie kuchenne i stołowe zamienia się stopniowo wszędzie na niklowe; wyjątkowo zdarzyło się, że zakupionych już naczyń niklowych nie używano (Sokal), co przypomina znamienny fakt z przed lat pięciu, gdy w pewnym dużym szpitalu nie mieli chorzy sztućców stołowych, choć ich ilość dostateczna była w szpitalu... pod kluczem. Mniej dobrze, niż co do sprzętów, stoi na razie sprawa pościeli i bielizny; w r. 1911 były takie wśród nowych szpitali, gdzie np. na 50 łóżek etatowych było tylko 20 poduszek z pierzem (Turka), albo na 30 łóżek wszystkiego 10 (Tarnobrzeg). Braki w bieliźnie, i to nawet bardzo dotkliwe, wymienia sprawozdanie inspektora w r. 1911 jeszcze w 11 szpitalach, wśród nich w jednym stołecznym.

Nie znajdujemy w ostatnich sprawozdaniach żadnych wiadomości, któreby pozwalały osądzić, czy jest jakiś postęp w stworzeniu pewnego, choćby skromnego komfortu dla chorych inteligentniejszych, jakiegoś mniej surowego otoczenia dla wszystkich chorych. Stanowisko, zajęte w tym względzie przez inspektora szpitali przed pięciu laty, a zgodne z nowoczesnymi prądami w pielęgnowaniu chorych, ze starannem uwzględnianiem czynnika psychicznego, zapowiadało zasadniczą, a korzystną zmianę naszego szpitalnictwa w tym względzie: czy ta zmiana i w jakim stopniu nastąpiła, nie wiadomo.

Zwraca natomiast uwagę troskliwość inspektoratu w ostatnich latach o należyte wyposażenie szpitali w narzędzia lekarskie, zwłaszcza chirurgiczne, i sprzęty do sal operacyjnych. W r. 1911 zwrócono na to uwagę prawie we wszystkich szpitalach; już tylko w 6 potrzebowało instrumentaryum uzupełnienia, w jednym nie było dobrego stołu operacyjnego, w dwu były braki co do sterylizatorów, w kilku drobniejsze, łatwe do uzupełnienia niedostatki w sprzętach; tem więcej od tego odbija jeden z większych szpitali, gdzie sala operacyjna, i to skądinąd dobra, wcale dotąd nie zaopatrzona w potrzebne sprzęty, służyła od roku na szwalnię!

O innych urządzeniach lekarskich znajdujemy w sprawozdaniach inspektoratu w ostatnich pięciu latach wiadomości niewiele, niekiedy zbyt niewiele. O urządzeniach mechanoterapeutycznych i t. d. nie ma ani słowa. Pracownie rentgenowskie (oprócz Lwowa i Krakowa, gdzie już są utworzone) uznaje inspektor w r. 1911 za potrzebne w Przemyślu i Stryju; ze szpitali prowincyonalnych posiada taką pracownię już szpital w Bia-

[19]) Przypuszczać należy, że poza ramy normy umeblowania, obowiązującej jeszcze w pierwszych latach XX w., a stanowczo zbyt skromnej. Norma ta przepisywała np. tylko po jednym stoliczku i jednym stołku na dwa łóżka, jedną lampkę, jeden ciepłomierz, jeden grzebień i jedną miednicę na całą salę chorych; na całą salę przepisany był też jeden szlafrok sukienny, jedna ciepła spodnica na salę kobiet, na 20 chorych jeden waterklozet, jedna strzykawka cynowa i t. d.

łej. Co do pracowni dyagnostycznych, to w r. 1911 w Stryju i Kołomyi nie było nawet jeszcze mikroskopu; jakie postępy czyni wyposażenie pracowni takich w innych szpitalach, gdzie je w ostatniem pięcioleciu utworzono, nie mogłem sprawdzić. O bibliotekach lekarskich w szpitalach nie znalazłem w sprawozdaniu ostatniem żadnej wzmianki.

Jakże się tymczasem, wśród poprawy budynków i urządzenia wewnętrznego, kształtowała w ostatnich pięciu latach działalność szpitali?

6) Warunki higieniczne, w jakich znajdowali się chorzy, zmieniły się — jeżeli pominiemy przeludnienie szpitali — niewątpliwie na lepsze. Wprawdzie jeszcze i w r. 1911 znalazł inspektor 5 szpitali utrzymanych brudno (dwa z nich nawet bardzo brudno), a w 2 innych niedostateczną czystość i porządek na oddziałach męskich, wprawdzie gdzieniegdzie spotyka się jeszcze wzmianki o pogiętem, zniszczonem i nie dość schludnem naczyniu stołowem i kuchennem, o nieporządkach w kuchni, o nie dość czystej i porządnej bieliźnie, — jednakże daleko liczniejsze są zapiski o poprawie tych stosunków, a o ogromnej większości szpitali podana wiadomość, że czystość i porządek są w nich wzorowe.

7) Nie dotrzymuje temu kroku sprawa żywienia chorych. Przed laty pięciu nie odpowiadało ono wymaganiom ani co do jakości, ani co do ilości. Jakość wprawdzie, według sprawozdań inspektora, poprawiła się w wielu szpitalach, jednakże tylko w trzech szpitalach (Jasło, Przemyśl, Stryj) znalazł inspektor w r. 1911 pożywienie »bardzo« smaczne, gdy powinno ono być »bardzo« smacznem przecież chyba we wszystkich szpitalach ze względu na to, że we wszystkich znajdują się liczni chorzy, u których trzeba podnosić niedostateczne łaknienie przez odpowiednie przyrządzenie potraw. Cóż się dzieje z takimi chorymi, jeżeli pożywienie jest tylko »dość« smaczne (w r. 1911 w czterech szpitalach), albo nawet »nie bardzo« smaczne (Bochnia, Stanisławów, szpital krakowski z powodu zbyt małej kuchni)? Poprawa w tym względzie zależy w pierwszym rzędzie niewątpliwie od fachowego kształcenia Sióstr zakonnych także i w sztuce kulinarnej, czego potrzebę już wielokrotnie podnosiliśmy. Potwierdzenie tego znajdujemy w sprawozdaniach inspektora szpitali, stwierdzających, że »bardzo smaczne« pożywienie tam, gdzie jest, jest zasługą siostry »kuchennej«. Nie bez wpływu jednak na tę stronę żywienia chorych są trudności w uzyskaniu surowych materyałów dostatecznej dobroci; dotyczy to przedewszystkiem mięsa, które, jak wiadomo, jest w mniejszych miastach prowincyonalnych w Galicyi przeważnie nader liche.

Daleko ważniejszą jednak jest niedostateczna ilość pożywienia. Przyczyna tego leży zarówno w nieodpowiedniej normie żywienia, — co już wielokrotnie podnosiliśmy i na co inspektor szpitali w ostatnich sprawozdaniach położył słusznie wielki nacisk, uzyskując ze strony Wydziału krajowego w r. b. zapowiedź reformy, — jakoteż w nieodpowiedniem nieraz stosowaniu tej, i tak już wadliwej normy. I tak na 13 szpitali, w których w r. 1911 według sprawozdania inspektora pożywienie było za skąpe, w trzech szpitalach (Bochnia, Brody, Przemyślany) współdziałała w tem »zbytnia oszczędność«; w kilku innych zdołano ją dopiero w ostatnich latach wykorzenić; w jednym ze szpitali jeszcze i w r. 1911 musiał inspektor wytknąć, że chorzy, znajdujący się na dyecie, wespół z innymi muszą pościć; w Bochni i Zaleszczykach Siostry zakonne zmieniały samowolnie potrawy, przepisane przez lekarzy; w Jarosławiu otrzymywali chorzy za całą wieczerzę — zupę kminkową (według normy żywienia sporządzaną z 20 gr. mąki, 35 gr. suchej bułki i 3 gr. kminku na porcyę); w Śniatynie ratowali się chorzy żywnością, której »całe toboły« przynosili im krewni do szpitala!

I bez tych usterek trudno zrozumieć, jakim sposobem mogłaby wystarczać żywność, której koszt dzienny na chorego po nieznacznym wzroście w latach 1906/7, ponownie się mimo szalenie rosnącej drożyzny w r. 1910/11 obniżył i której wartość kaloryczna według dzisiejszej normy stoi w pewnych warunkach poniżej wartości żywności w szpitalach warszawskich, uznanej za niedostateczną i wadliwą co do składu [20]).

Według obowiązującej bowiem normy żywność chorego w naszych szpitalach w dniach powszednich składać się ma z następujących dań w ciągu dnia: po 50 ctl. kleiku lub zupy (śniadanie) oraz rosołu lub zupy (obiad), 50 ctl. zacierki lub 35 ctl. klusek albo kaszy, z kawałka mięsa gotowanego z 200 gr. surowego, 20 ctl. sosu, 60 ctl. leguminy lub jarzyny, 400 gr. chleba, 25 gr. omasty, 20 gr. soli, — na »całej« porcyi.

Obliczając [21]) wartość tej żywności na pierwszym lepszym przykładzie według ilości materyałów surowych, przepisanej w normie szpitalnej, otrzymamy:

	kaloryi	białka	tłuszczów	węglowodanów
kleik (z krup jaglanych)	178·05	5·55	1·8	33·7
rosół (zasypany krupami)	179·44	6·52	4·4	26·96
kluski (mąka i jaja)	658·28	25·68	2·5	131·4
mięso	185·6	36·0	4·0	—
sos	36·43	1·36	0·1	7·3
jarzyna (kapusta »kiszona« z mąką i grochem)	67·36	3·34	0·3	12·38
chleb (żytni)	891·6	24·44	1·7	189·2
omasta (masło)	194·7	0·17	20·8	0·14
żywność całodzienna	2390·46	103·16	35·6	401·08

Przykład powyższy nie należy do najgorszych, przy nieodpowiedniem bowiem zastosowaniu normy może się zdarzyć jeszcze mniejsza wartość żywności i skład mniej odpowiedni. Przy tym zaś już przykładzie wypada znaczny niedobór w porównaniu zarówno ze średnią żywnością szpitali warszawskich według obliczeń Rzętkowskiego [22]), jak i z pożywieniem naszych warstw ludowych, według obliczeń Peltyna [23]). Wiadomo zaś z badań Pęltyna i N. Cybulskiego, że lud nasz żywi się niedostatecznie, zwłaszcza co do ilości białka, w porównaniu z danemi, przyjętemi przez badaczy niemieckich. Zestawienie z powyższym przykładem jest następujące:

	kaloryi	białka	tłuszczu	węglowodanów
galicyjska norma szpitalna w powyższym przykładzie	2390	103	35	401
szpitale warszawskie (Rzętkowski)	3016	162	64	346
lud polski (Peltyn)	3420	98·7	48·8	627

Oprócz często niedostatecznego ilościowo, wypada według naszej normy żywienia szpitalnego pożywienie niezmiernie mało urozmaicone. Pominąwszy rosoły z kilku zasypkami, kleiki i zupy, daje norma do wyboru tylko 5 mięsiw (sztuka mięsa, pieczeń wołowa lub cielęca, kotlet, potrawka cielęca), z jarzyn kapustę, marchew i t. p., groch i ziemniaki, z legumin kluski, krupy, mamałygę i lemieszkę hreczaną; potraw »nadzwyczajnych«, pominąwszy napoje (kawa, herbata, mleko, wino, piwo, polewki winne i piwne, bulion) jest normą objętych cztery: jaja na miękko, kaszka lub ryż na mleku, gotowane śliwki suszone i kompot z owoców świeżych. Zdaje mi się, że w tych warunkach trudno myśleć o próbach racyonalnego leczenia dyetetycznego.

Przekraczałoby moje zadanie i kompetencyę szczegółowsze rozpatrzenie tej sprawy, która przy zamierzonej reformie zasługuje na dokładne zbadanie. Podobno na zlecenie Wydziału krajowego prowadzone były już w roku zeszłym w tym zakresie studya; ogłoszenie ich wyników, dając pole do dyskusyi, ułatwiłoby niewątpliwie oparcie nowej normy żywienia na ścisłej naukowej podstawie i zastosowanie jej umiejętne do nowoczesnych poglądów.

8) Pielęgnowanie chorych przez Siostry zakonne znajduje się obecnie w okresie przejściowym między niedawną przeszłością, kiedy dyrektorowie szpitali otrzymywali służbę zakonną, jako materyał zupełnie surowy, albo co gorsza, przesiąkły trudnemi do usunięcia tradycyjnemi jakiemiś pojęciami i z pod władzy lekarzy w znacznym stopniu wyjęty, — a tem, co może zdziałać systematyczne kształcenie personalu w fachowej, dobrze prowadzonej szkole. Pod tym względem było utworzenie szkoły dla SS. Miłosierdzia w szpitalu lwowskim równie przełomowym krokiem na drodze postępu, jak i zmiana kontraktu z tem i innemi zgromadzeniami zakonnemi, obecnie już we wszystkich szpitalach przeprowadzona. Już obecnie widać ze sprawozdań inspektoratu szpitalnego dodatni wpływ szkoły lwow-

---

[20]) Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Warszawa 1909. (Pamiętnik Tow. lek. warsz. T. CV).

[21]) Według tablic, podanych przez W. Jaworskiego.

[22]) l. c. str. 35 odbitki.

[23]) Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1895. T. CXI.

skiej. Chyba tylko wyjątkowo (Biała, Lubaczów) spotyka się w nich wzmianki o pielęgnowaniu złem lub niedbałem w zakresie, zależącym od nadzoru ze strony Sióstr (chore nieczesane, ciepłota niezmierzona w Białej). Najtrudniej, jak się zdaje, idzie sprawa należytego pielęgnowania chorych zakaźnych; w tym względzie wytyka np. ostatnie sprawozdanie inspektora usterki aż w 6 szpitalach, gdzieniegdzie pochodzące z winy lekarzy (nienależyte oddzielenie chorych na różne choroby zakaźne), gdzieindziej znów zależne od fatalnych warunków starego, czekającego na rekonstrukcyę szpitala (Podhajce, gdzie 2 Siostry zakonne zginęły na dur plamisty). Skoro jednak w pielęgnowaniu chorych w tym zakresie najwięcej stosunkowo jest braków, to czy nie należałoby na ten dział nauki położyć w szkole lwowskiej szczególnego nacisku, a pewną część Sióstr niejako wyspecyalizować, wysyłając na czasową praktykę do tych szpitali, gdzie działalność Sióstr i służby może służyć za wzór dla całego kraju (Turka 1911)?

Jednakże oprócz wykształcenia fachowego, zamiłowania i poświęcenia ze strony Sióstr zakonnych, jest koniecznym warunkiem należytego pielęgnowania dostateczna liczba Sióstr, pracujących przy chorych. Ale, chociaż znać i w tym kierunku usiłowania poprawy (w r. 1911 żąda inspektorat zwiększenia liczby Sióstr w Kołomyi, Stryju, Tarnopolu, Żywcu), to jednak dotąd znajdują się szpitale nasze w położeniu bardzo nierównem, a w niektórych nie można się zgoła dopatrzeć owego unormowania liczby Sióstr według liczby chorych, o którem wspomina inspektor w r. 1911 przy sposobności inspekcyi w Tarnopolu. Tylko w 10 szpitalach przypadało w r. 1911 opiece jednej Siostry, zajętej pielęgnowaniem, mniej niż 20 chorych; w 9 szpitalach na jedną Siostrę, zajętą przy chorych, przypadało ich 20 do 30, w 7 prowincyonalnych i obu krajowych we Lwowie i w Krakowie — ponad 30, w 3 prowincyonalnych ponad 40 (w Przemyślanach na 44 etatowych łóżek była wogóle tylko j e d n a Siostra zajęta chorymi), w Kołomyi i w Kulparkowie na jedną Siostrę wypadałoby nawet przy etatowej liczbie chorych — 50, a przy rzeczywistym średnim stanie chorych w obu tych zakładach — nawet znacznie więcej (w Kulparkowie 1:75!). (O 10 szpitalach nie ma w ostatniem sprawozdaniu dokładniejszych danych, z którejby rzecz tę obliczyć można). Zresztą przy słusznem żądaniu, aby chorych zakaźnych pielęgnowała osobna Siostra, trudno sobie wyobrazić nawet mały szpital, któryby mógł obejść się przy chorych mniejszą liczbą, niż 3 Sióstr (po jednej w oddziałach: męskim, kobiecym i zakaźnym). Tymczasem, oprócz Przemyślan, gdzie jedna jedyna Siostra czuwa nad chorymi, było w r. 1911 jeszcze 5 innych szpitali, gdzie do czynności tej były tylko po 2 Siostry (Bochnia, Brody — 70 łóżek etatowych, Kosów, Skałat, Wadowice).

Znacznie jeszcze gorzej przedstawia się po dziś dzień pod tym i innymi względami:

9) O b s ł u g a c h o r y c h w ł a ś c i w a, to jest ilość i jakość służby niższej, świeckiej. W teoryi dostateczną ilość służby przy chorych (oddziałowej) miały w r. 1911 tylko oba szpitale krajowe w Krakowie i we Lwowie (1:7—8) i poniekąd w Kulparkowie (1:7); z 22 szpitali prowincyonalnych, o których w tym względzie są dokładne dane z r. 1911, tylko w 11 możnaby uznać za znośny stosunek 1:10 do 15, w 7 przypada już jedna osoba ze służby na 15 do 20 chorych, a w czterech stosunek jest zupełnie niewystarczający, gdyż na jednego dozorcę wypada przeszło 20, w Kołomyi, w szpitalu wielkim, przy 150 łóżkach etatowych, — nawet 30 chorych. Tak jednak jest w teoryi; w praktyce znacznie gorzej. Raz z powodu znacznego przepełnienia szpitali, i to często tych właśnie, gdzie służby i tak już jest zamało w stosunku nawet do etatowej liczby łóżek; powtóre z powodu wakansów, t. j. z powodu, że nawet na systemizowane miejsca brak kandydatów. Najgorzej w tym względzie jest w Kulparkowie, gdzie w r. 1911 do etatowej liczby służby oddziałowej brakowało 20, do rzeczywiście potrzebnej minimalnej liczby przeszło 40 osób. Ale i na prowincyi dzieje się podobnie; w przepełnionym szpitalu sokalskim i bardzo przepełnionym tarnobrzeskim brakowało w istniejącym etacie służby po 2 osoby, również były luki w tarnopolskim i kilku innych. Jak co do ilości, tak i co do jakości służby warunki naszych szpitali w ostatniem pięcioleciu nie były pocieszające: w obu szpitalach stołecznych i w Kulparkowie, jakoteż w kilku prowincyonalnych (Tarnopol, Kołomyja, Podhajce i t. d.), służba musi być licha i niewyćwiczona już dlatego, że się nader często zmienia (w Kulparkowie przy ogólnej liczbie 184 służby oddziałowej przyjęto w jednym roku 1910 — 166, a odeszło 153!), nie wytrzymując ciężkiej pracy przy lichej płacy. W takich warunkach oczywiście trudno mówić o fachowem wykształceniu służby, o prosperowaniu jakichś szkół i t. p.

Przyznać trzeba, że Wydział krajowy doniosłą tę sprawę traktuje bardzo uważnie, czego dowodem zarówno już w ostatnich latach przeprowadzone, jakoteż w tegorocznej sesyi Sejmowi przedłożone reformy, zmierzające do poprawy płac i zabezpieczenia na starość służby we wszystkich 3 zakładach krajowych (Lwów, Kraków, Kulparków). Ale równocześnie z tem załatwieniem sprawy w zakładach krajowych, wysuwać się już poczyna sprawa nowa, sprawa służby w szpitalach prowincyonalnych, co do której nie można wątpić, że sporadyczny dotychczas brak kandydatów lub częsta zmiana osób są tylko zwiastunami pogorszenia się tych stosunków w całem szpitalnictwie. Nie widać też, jak dotąd, starań o wyzyskanie doświadczenia, zrobionego wszędzie w Europie (i u nas także), że służba żeńska jest wogóle lepsza od męskiej.

10) W s ł u ż b i e l e k a r s k i e j przyniosło ostatnie pięciolecie niewątpliwy postęp.

Przedewszystkiem co do l i c z b y posad systemizowanych. Nie tak to dawne jeszcze czasy, gdy na 20 szpitali prowincyonalnych żaden nie miał więcej niż dwu lekarzy, a dwa czy trzy spoczywały na barkach jednego tylko dyrektora szpitala, który musiał być wszystkiem. Dzisiaj niema szpitala na prowincyi, w którymby obok dyrektora nie było stanowiska sekundaryusza, w siedmiu szpitalach jest po trzech lekarzy, w trzech po cztery, w jednym pięć stałych stanowisk lekarskich. Gdzieniegdzie pracują prócz tego bezpłatni wolontaryusze. Jednem słowem w całem szpitalnictwie prowincyonalnem przeprowadzono dziś jako zasadę, że żaden szpital nie może opierać się na jednym tylko lekarzu; bez tego niepodobnaby sobie wyobrazić prawidłowej działalności szpitala ze względu przedewszystkiem na zakres chirurgiczny, należący do najważniejszych zadań szpitala na prowincyi, ani też ze względu na konieczne zastępstwa w razie choroby czy (tak częstego na prowincyi) wyjazdu lekarza.

Ale teraz ciemna strona medalu. Już przed dziesięciu laty na ankiecie szpitalnej podniósł prof. Gluziński, że na jednego lekarza powinno przypadać w szpitalu około 25 do 30 chorych. Nawet jednak przyjmując za możebny stosunek 1:30—40, znajdujemy go w r. 1911 w teoryi tylko w połowie szpitali w kraju. Wielkie szpitale krajowe w Krakowie i we Lwowie są pod tym względem w położeniu nie najgorszem i nie możemy podzielić zdania inspektora szpitali, że liczba lekarzy we Lwowie (47) jest »niebywale mała«, bo przy etatowej liczbie łóżek (bez klinik) 863 stosunek jest nienajgorszy, a w każdym razie lepszy, niż w Krakowie (40:766). Ale w zakładzie kulparkowskim przypada 1 lekarz bezmała na 100 łóżek etatowych, w 7 szpitalach prowincyonalnych (Gorlice, Jarosław, Kosów, Podhajce, Przemyśl [nb. bez wolontaryuszy], Sanok, Żółkiew) jeden na 40 i więcej łóżek etatowych, w 10 szpitalach prowincyonalnych jeden lekarz zaledwo na 50 i więcej, aż do 60 (1:50: Jasło, Kołomyja, Nowy Sącz, Tarnopol, Złoczów; 1:52 Sokal; 1:55 Tarnów, Żywiec; 1:57 Husiatyn; 1:60 Sambor). Nietylko więc w Nowym Sączu i Tarnopolu, wymienionych w tym względzie w ostatniem sprawozdaniu inspektora, potrzeba zwiększyć liczbę posad lekarskich. Ale tak rzecz wygląda dopiero w teoryi, w stosunku do etatowej liczby łóżek, istniejącej na papierze; w rzeczywistości przy znacznem przepełnieniu wielu szpitali stosunek jest bez porównania gorszy. I na tem nie koniec. W powyższych obliczeniach stosunku przyjąłem za podstawę liczbę posad lekarskich, nie zaś liczbę rzeczywiście zajętych w szpitalach lekarzy. Tymczasem liczba wakansów była w r. 1911 wprost zastraszająca. W 3 szpitalach nie była obsadzona posada trzecia (Biała, Tarnów, Żółkiew), w jednym (Śniatyn) zdołano pozyskać sekundaryusza dopiero po dwuletniej przerwie, a w dziewięciu, więc w czwartej części szpitali prowincyonalnych (Bóbrka, Czortków, Jasło, Kałusz, Kosów, Krosno, Sanok, Sambor, Żywiec) brakło nawet wogóle sekundaryuszy; wprawdzie gdzieniegdzie posiłkowano się przygodnymi lekarzami pomocniczymi, ale w kilku szpitalach nawet i to się nie powiodło i w pięciu szpitalach cała praca spoczywała na jednym jedynym lekarzu. A wśród nich były szpitale, gdzie etat chorych wynosi nie mniej, niż 120 (Sambor).

W tem stronieniu lekarzy od służby w szpitalach leży dla szpitalnictwa poważne niebezpieczeństwo. Ocenił je też należycie Wydział krajowy i starał się zbadać przyczyny tego zjawiska, by zastosować środki zaradcze. Obie Izby lekarskie, zapytywane przez Wydział krajowy, wskazały na złe uposażenie materyalne lekarzy, jako na jedną z najważniejszych przyczyn. W tym też kierunku idą dotychczasowe usiłowania Wydziału krajowego, by zmniejszyć brak lekarzy w szpitalach; zadatkiem tych usiłowań

były tegoroczne wnioski do Sejmu, dotyczące płac lekarzy w szpitalu lwowskim i krakowskim. Ale, jak z powyższego wynika, jest brak lekarzy w szpitalach prowincyonalnych bodaj że jeszcze dotkliwszy i groźniejszy; w tym względzie akcya jest niemniej pilną, choć do niej bezpośrednio nie przynagla jeszcze stanowisko takie, jakie zajęli lekarze szpitali stołecznych. Nie można przytem pomijać i innych przyczyn, które obok lichego uposażenia odstraszają lekarzy od służby krajowej, a których tu nie przytaczam, jako znanych z odpowiedzi Izb lekarskich do Wydziału krajowego w tej sprawie.

Nie można się dziwić, że przy istniejącem przeciążeniu lekarzy szpitali prowincyonalnych, działalność ich nie wszędzie odpowiada wymaganiom. Nie chodzi tu tyle o formalne ramy tej działalności, o to np., czy historye chorób są dokładnie prowadzone (w roku 1911 pozostawiały one mniej lub więcej do życzenia lub nawet wcale nie były spisywane w 13 szpitalach prowincyonalnych), czy są należycie spełniane czynności kancelaryjne (które nawet na oddziałach powinienby pełnić urzędnik, a nie lekarz, jak jest dotąd), — ile o wykonanie istotnych zadań, to jest leczenia i ogólnego nadzorowania chorych. Ostatnie pięć lat przyniosły i tę zmianę, że dobór kierowników szpitali i lekarzy pomocniczych odbywa się o wiele staranniej i że w ich gronie znajduje się coraz więcej nietylko dobrych, ale prawdziwie wybitnych pracowników. Ale trudno wymagać od dyrektora szpitala na prowincyi, — który, chcąc się jakotako utrzymać z rodziną, nie może zaniedbywać praktyki prywatnej — aby, pracując sam jeden w szpitalu, odbywał np. wizyty szpitalne regularnie dwa razy dziennie. Toteż w pięciu takich szpitalach, gdzie stanowiska sekundaryuszy wakują, odbywa się wizyta z reguły tylko raz dziennie, rano, zresztą zaś lekarze odwiedzają szpital tylko w razie potrzeby. Natomiast nie można wytłumaczyć dwu innych szpitali, w których jest po dwu lekarzy, a mimo to chorych odwiedza się tylko rano, raz dziennie, i to w jednym z nich tylko na krótko, w drugim dopiero koło godz. 10. Taki zwyczaj, choćby to były i małe i najgorsze, zaniedbane, a więc do pracy niezachęcające szpitale, tem więcej uderza, że są naodwrót i takie szpitale, gdzie jedyny lekarz, przy wakującej posadzie sekundaryusza, odwiedza swych chorych przecież dwa razy dziennie (Jasło, Krosno, Żółkiew), a wiele takich, gdzie popołudniu odwiedza chorych dyrektor na równi z sekundaryuszem. Nie można również pochwalić, że w dwu innych szpitalach przy dostatecznym personalu lekarskim zdarzyło się w r. 1911 pozostawienie drobnych wprawdzie, ale zawsze ściśle lekarskich czynności (u chorych na oczy) w rękach Sióstr zakonnych.

Trudniejszem zagadnieniem jest, jak zaradzić temu, że nie we wszystkich szpitalach rozwija się działalność chirurgiczna w tym stopniu, jak można pragnąć i jak — zdawałoby się — odpowiadać to ma zadaniom leczenia szpitalnego. W r. 1911 w 8 szpitalach uprawiano przeważnie albo nawet wyłącznie tylko t. zw. »małą« chirurgię, w niektórych operowano wogóle niewiele. Oczywiście niepodobna żądać, aby każdy dyrektor szpitala był znakomitym operatorem, albo, by ważono się na większe zabiegi w kilku pozostałych jeszcze szpitalach starego typu, zaniedbanych i pozbawionych odpowiednich urządzeń. Niemniej jednak należy się liczyć z tem, że szpital nie może i nie powinien ograniczać swej działalności do tego, co każdy lekarz w praktyce prywatnej, nie rozporządzając środkami pomocniczymi, jakie daje nawet i najgorszy szpital, z łatwością wykonywa. Do zadań szpitala należy niewątpliwie uzupełniać w tym względzie działalność lekarzy praktycznych. Dyrektor szpitala może nie posiadać zamiłowania lub specyalnego wykształcenia chirurgicznego, a być na swem stanowisku bardzo dzielnym i pożytecznym; ale w takim razie powinien mieć u boku koniecznie drugiego lekarza, którybу w tym względzie pracował dopełniająco. W jednym ze szpitali istotnie było tak w r. 1911, i to dzięki temu, że sekundaryusz, otrzymawszy zasiłek Wydziału kraj. na studya dodatkowe, wyrobił się poniekąd na specyalistę. Ale nie można się łudzić, aby specyaliści chcieli i mogli stale pozostawać w takich szpitalach na stanowisku sekundaryuszy i zdaje mi się, że chcąc ich przy szpitalach na prowincyi zatrzymać, trzebaby w podobnych przypadkach tworzyć lepiej płatne posady, prymaryaty.

To zagadnienie łączy się z innem: z zagadnieniem podziału pracy lekarskiej w szpitalach prowincyonalnych według rodzaju chorób. W mniejszych szpitalach, od 30 do 80 łóżek, nie wchodzi to w rachubę. Natomiast w szpitalach większych, ponad 100 łóżek, gdzie jest (a przynajmniej powinno być) najmniej 3 lekarzy, nasuwa się często potrzeba, a nieraz konieczność podziału, tworzenia osobnych już oddziałów chirurgicznych, wewnętrznych i t. d. Łączący się z tem podział pracy między lekarzy pozwala przy ekonomiczniejszem wyzyskaniu czasu poświęcić go więcej każdemu z chorych, a zarazem łączy się z wielką korzyścią wyrabiania się lekarzy młodszych przez czynność choć w części samodzielną. Niejednokrotnie przytem, pociągnięty swą szpitalną »specyalnością«, nabierze kierownik takiego oddzialiku podniety do pogłębienia i rozszerzenia swoich studyów. Zresztą ten podział pracy już się siłą faktu w niektórych szpitalach prowincyonalnych w mniejszym lub większym stopniu rozwija (Drohobycz przy 120 łóżkach etatowych, Jarosław przy 128, Przemyśl przy 200, Stanisławów przy 120, Tarnów przy 164, Złoczów nawet przy 100).

Wyrabia się więc w ten sposób zwolna w naszem szpitalnictwie nowy typ szpitala, pośredni między wielkim szpitalem stołecznym z daleko posuniętą specyalizacyą a zwykłym szpitalikiem małomiejskim. Szpitalom tego pośredniego typu otwierają się szersze zadania i od nich też więcej można wymagać; z drugiej jednak strony należy im zapewnić warunki rozwoju w tym nowym zakresie, przez wzbogacenie ich urządzeń, przez zapewnienie wytrawniejszych sił lekarskich, specyalnie wykształconych (tworzenie prymaryatów). Trzebaby też może na zasadzie tego, co już w kilku szpitalach niejako samo przez się nastąpiło, pomyśleć o stopniowem przekształceniu na tę modłę i innych, równie wielkich, a dotąd mniej więcej według starego szablonu zorganizowanych szpitali (Husiatyn 114 łóżek, Biała 104, Kołomyja 150, Rzeszów 116, Sambor 120, Sokal 104, Żółkiew 120, Żywiec 110). W największych z tych szpitali powinienby też być już i stały nadzór lekarski, niezbędny przy tak znacznej liczbie chorych. Pod tym względem zrobiono w ostatniem pięcioleciu dobry początek, mianowicie w kilku szpitalach mieszkają sekundaryusze, w innych są przynajmniej w obrębie szpitala mieszkania dla takich lekarzy domowych. Tu muszą jednak iść na czele przedewszystkiem szpitale stołeczne, pozostawiające niestety pod tym względem wiele jeszcze do życzenia; w krakowskim np. szpitalu mieszkało w r. 1911 zaledwo 3 sekundaryuszy.

Niemniej ważne, jak piecza o wyrobienie takiego pośredniego typu szpitali na prowincyi, jest wzbogacenie szpitali stołecznych nowymi oddziałami, stosownie do postępu nauk lekarskich, co jako doniosły postulat podniósł słusznie w r. b. sprawozdawca sejmowej Komisyi sanitarnej, poseł prof. dr. Mars. W tym względzie od szeregu lat postęp jest znikająco mały, bo właściwie redukuje się on do utworzenia pracowni rentgenowskich z osobnymi kierownikami we Lwowie i w Krakowie. Tymczasem samorodnie, bez przyczynienia się naczelnego zarządu szpitali, znajdują już nowe kierunki w szpitalnictwie swój wyraz (praca dr. Leńki i Spalkego we Lwowie, do niedawna dr. Lenartowicza w Przemyślu, jako bezpłatnych wolontaryuszy); należałoby tę samorzutną inicyatywę nietylko otoczyć troskliwą opieką i poprzeć wydatną pomocą, ale też starać się wytworzyć warsztaty i wyrobić pracowników dla takich nowych działów, które dotąd do szpitali naszych jeszcze się nie dostały. Łączy się to zresztą ze sprawą wyrabiania młodszych pracowników przez tworzenie dla nich samodzielnych stanowisk, ze sprawą zmniejszenia oddziałów, a mnożenia ich liczby, o czem już przed laty pięciu obszerniej pisałem. Co zaś najważniejsze, przewidująca i konsekwentna akcya w tym kierunku, zarówno jak i w kierunku wykształcenia typu większych szpitali prowincyonalnych, miałaby wielkie znaczenie dla podniesienia poziomu naszego szpitalnictwa wogóle i zwiększenia jego sprawności.

Nie może ulegać żadnej wątpliwości, że im szerzej otworzy się wrota naszych szpitali nowym kierunkom i działom, im więcej się stworzy w nich warsztatów samodzielnej pracy, im dogodniejsze dla niej da się warunki, tem bardziej podniesie się ich poziom lekarski, tem łatwiej w nich będzie o samodzielny postęp medycyny. A do tego nakazują zmierzać choćby proste względy utylitarne. Wszak i w szpitalnictwie nie wystarcza iść, choćby szybko i wytrwale, ale tylko w ślad za postępem zdobyczy obcych, nie wystarcza tylko przerabiać to, co gdzieindziej opracowano i wypróbowano, stosować w praktyce tylko rzeczy importowane ze stemplem zagranicznej nauki i doświadczenia praktycznego. W ten sposób osiągałoby się, ze spóźnieniem, tylko to, co gdzieindziej robi się już tymczasem lepiej, szybciej i... taniej. Jeżeli się na szpitalnictwo patrzy nietylko pod kątem filantropii, ale — co zdaje się u nas nareszcie torować sobie drogę — także z punktu widzenia racyonalnej gospodarki społecznej, jeżeli grosz publiczny tu włożony ma być rzeczywiście inwestycyą, a praca szpitali ma odbywać się naprawdę ekonomicznie, to szpitalnictwo nasze musi między innemi i w zakresie ściśle lekarskim szukać nowych dróg i znajdować je samoistnie, musi w zakresie nauki i wykonawstwa lekarskiego czerpać także samo z siebie, rozwijać działalność nietylko naśladowczą, ale tak-

że naprawdę twórczą, jak to czyni szpitalnictwo w całej zachodniej Europie. Nietylko śladem jego, ale w równym z niem szeregu, albo choćby nieraz i przed niem, iść musi szpitalnictwo nasze. Do tego jednak potrzeba, oglądając się na dalszą przyszłość, dać mu w rękę wszystkie środki, na jakie kraj zdobyć się może w tym zakresie, choćby to przyszło z pewnym wysiłkiem.

Nie wątpię, że ten samodzielny postęp, rzeczywista twórczość lekarska, w niejednym z naszych oddziałów szpitalnych już jest i wydaje owoce. Nie wydaje ich jednak tak obficie, ani w tej formie, jakby należało. W tym zakresie niezbędnym warunkiem należytego wyzyskania nowych nabytków jest praca zbiorowa na szerszą skalę, a jedynym jej sposobem — publiczne dzielenie się z ogółem lekarskim zebranemi doświadczeniami i nowymi pomysłami. Tymczasem pod tym względem nie można obecnego stanu żadną miarą nazwać zadowalniającym. Wprawdzie zarzutu tego nie można wyczytać ze sprawozdań o szpitalach, przedkładanych Sejmowi. Od czasu, gdy ze sprawozdań tych znikły wszelkie dane lekarsko-statystyczne (i przyczynki naukowe), przedstawiane dawniej przez same szpitale, a nie przywrócone, chociaż potrzebę ich uznała i ankieta szpitalna w r. 1902 i późniejsze rezolucye sejmowe, — od tego czasu o tej stronie naszego szpitalnictwa ze sprawozdań tych nic się już nie wie. Sprawozdania nietylko nie podają systematycznie, jakby być powinno, wiadomości, kto i gdzie z lekarzy szpitalnych ogłaszał jakie prace naukowe lub występował z wykładem albo przynajmniej demonstracyą w towarzystwach naukowo-lekarskich, ale nawet (z niezrozumiałych dla mnie powodów) prócz rzadkich wyjątków zupełnie przemilczają nazwiska dyrektorów i lekarzy pomocniczych za wzorem sprawozdań z tych jeszcze czasów, gdy zbyteczne było wymienianie nielicznego, wszystkim znanego personalu nielicznych ówczesnych szpitali. Nie podają sprawozdania składu personalu lekarskiego nawet tam, gdzie mu za jego działalność oddają gorące pochwały; a jednak przy każdym prawie szpitalu czytamy nazwiska każdego z członków komitetu szpitalnego, nie-lekarzy, bez względu na to, czy i jakie zasługi ma on dla stanu i rozwoju szpitala...

Gdzieindziej więc, nie w sprawozdaniach o szpitalach, szukając odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu objawia się samodzielny postęp naszego szpitalnictwa na polu naukowo-lekarskiem, trafiamy na następujące liczby:

Wśród 5659 artykułów, ogłoszonych w ciągu ostatniego dziesięciolecia (1901—1910) w polskich pismach lekarskich, przypada na autorów-lekarzy

z Warszawy	44·50%
z prowincyi Królestwa Polskiego .	12·83%
z Krakowa i ze Lwowa	30·62%
z prowincyi galicyjskiej	2·28%
z Wielkopolski	4·04%
z zagranicy	5·73% [24])

Pomijając więc nasze szpitale stołeczne, składające (zwłaszcza lwowski) coraz więcej dowodów żywotności na tem polu, jest dorobek naukowo-piśmienniczy szpitalnictwa galicyjskiego niezmiernie ubogi. Licząc nawet wszystkie prace, wychodzące u nas z prowincyi, na rachunek naszych szpitali (a tak w rzeczywistości nie jest), widzimy, że stanowią one ledwo pięćdziesiątą część polskiej twórczości naukowo-lekarskiej. Zapewne, że dużo tłómaczyć można złem do niedawna pomieszczeniem i urządzeniem galicyjskich szpitali prowincyonalnych, istniejącem jeszcze przeciążeniem lekarzy pracą w wielu z nich, a we wszystkich nizką płacą, która zmusza lekarzy oglądać się na pochłaniającą ich czas praktykę prywatną. Zapewne, że i tych warsztatów do pracy naukowo-lekarskiej nie jest do dziś w Galicyi zbyt wiele. Ale to nie tłómaczy wszystkiego. Wszak w Wielkopolsce lekarze polscy zupełnie zostali dziś wyrugowani ze szpitali, nie mają więc wcale żadnych warsztatów publicznych, a jednak ich twórczość dwukrotnie przewyższa twórczość lekarzy prowincyonalnych galicyjskich; a skoro w całych Niemczech jest lekarzy-Polaków trzykroć mniej, niż lekarzy w Galicyi poza Lwowem i Krakowem, przeto w Poznańskiem jest działalność na tem polu stosunkowo przynajmniej sześćkroć żywsza, niż u nas, chociaż się tak chętnie u nas powtarza komunał o upadku ruchu intelektualnego w tamtym zaborze. Wszak lekarze szpitalni w Królestwie nie mniej od naszych czerpią swe utrzymanie z praktyki prywatnej, bo ich płace szpitalne są, jak wiadomo, śmiesznie nizkie i w dochodach ich nie grają żadnej zgoła roli. Wszak w Królestwie jest na prowincyi około 2500 [25]) łóżek szpitalnych, gdy u nas jest ich na prowincyi już 3259 [26]), mamy więc w porównaniu z Królestwem materyał obfitszy o czwartą część, mamy dziś z pewnością i więcej i lepszych warsztatów do pracy po rekonstrukcyi i modernizacyi większości szpitali naszych i przy wyrabianiu się typu szpitali prowincyonalnych z kilku oddziałami, mamy wreszcie niewątpliwie większą dziś od Królestwa liczbę lekarzy szpitalnych na prowincyi; a jednak Królestwo przewyższa nas w działalności naukowo-piśmienniczej bezwzględnie aż sześciokrotnie.

Takiego zacofania szpitalnictwa galicyjskiego na tem polu niepodobna składać wyłącznie na karb zewnętrznych lokalnych warunków, w jakich dziś nasi szpitalni lekarze na prowincyi pracują; a choćbyśmy nawet nie oszczędzili zarzutu naczelnym krajowym władzom szpitalnym, że na tę stronę sprawy nie dość jeszcze zwróciły uwagi, że nie dość jeszcze dają podniety i pomocy, to i tak przecież pozostanie część jakaś przyczyn po stronie samychże lekarzy.

A tu nasuwa się pytanie, czy w całej tej sprawie oprócz podjęcia prób z proponowaną w ankiecie r. 1902 przygodną inspekcyą szpitali prowincyonalnych przez prymaryuszy szpitali stołecznych, jako delegatów Wydziału krajowego, czy oprócz tylokrotnie już podnoszonej konieczności przywrócenia sprawozdań, dających poza relacyą inspektora szpitalnego naukowo opracowane relacye samychże szpitali, a w nich pełniejszy obraz ich działalności, czy oprócz innych jeszcze starań o podniesienie poziomu szpitalnictwa, wychodzących »z góry«, — nie powinnaby »z dołu«, z łona setki lekarzy szpitalnych, pracujących na galicyjskiej prowincyi, wyjść samorzutna inicyatywa.

Uwagi, jakie nasuwa ostatnie pięciolecie szpitalnictwa galicyjskiego, streszczają się więc w następującem:

Postulat zwiększenia nakładu na szpitale ze strony kraju zaczął się w ostatniem pięcioleciu spełniać, gdyż na budynki i urządzenia szpitalne przeznaczono w tym czasie około 17 milionów koron, a roczny postęp wydatków na szpitalnictwo zwiększył się w budżecie krajowym w czwórnasób. Wypełnienie trzech zadań, mieszczących się w tym postulacie (pomnożenie liczby szpitali i łóżek szpitalnych w całym kraju, modernizacya obu szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie, doprowadzenie budynków i urządzeń szpitali prowincyonalnych do należytego stanu) nie było jednak równomierne. Najbardziej postąpiła akcya około polepszenia budynków i urządzeń istniejących szpitali prowincyonalnych i ta akcya zbliża się szybkim krokiem do ukończenia. Natomiast program modernizacyi obu szpitali krajowych, bardzo poważnie zresztą rozpoczętej, rozkłada się na okres czasu zbyt długi. Przybytek zaś nowych szpitali i właściwych łóżek szpitalnych był w ostatniem pięcioleciu zupełnie niedostateczny, odbywał się prawie bez udziału funduszów krajowych, zawiadywanych przez Sejm, i bez systematycznego planu.

Poza sprawą pomnożenia właściwych łóżek szpitalnych uczyniono ogromny krok naprzód w sprawie pomnożenia miejsc zakładowych dla umysłowo chorych (rozszerzenie zakładu w Kulparkowie, budowa zakładu w Kobierzynie); natomiast sprawa pomnożenia łóżek położniczych znajduje się w zupełnym zastoju.

W ustroju szpitalnictwa przyniosło ostatnie pięciolecie częścią poważne postępy, częścią wprost przełomowe zmiany (jak zmiana umowy z SS. Miłosierdzia i utworzenie dla nich szkoły pielęgnowania chorych). Liczba etatowych miejsc lekarskich zwiększa się statecznie, ale jednak nie dość równomiernie; byt lekarzy częścią poprawiono, częścią zaś ma być poprawiony, ale dotąd tylko w szpitalach stołecznych; dano lekarzom należytą władzę nad służbą niższą i wyższą, ale nie utworzono dotąd całkowitej pragmatyki służbowej. Przygotowano reorganizacyę służby i poprawę jej bytu, ale dotychczas tylko w obu szpitalach krajowych i w zakładach dla obłąkanych. Akcya w kierunku zwiększenia ilości służby była przeważnie tylko sporadyczna, a w kierunku poprawienia jakości ograniczyła się dotąd tylko do służby wyższej (zakonnej). Konieczność reorganizacyi ustroju szpitali prowincyonalnych co do personalu wyraża się coraz znaczniejszą liczbą wakansów.

Poza tem w zakresie ustroju szpitalnictwa uczyniono pierwszy krok do reorganizacyi głównego kierownictwa przez utworzenie stanowiska drugiego inspektora szpitali.

Pośredni typ szpitala między szpitalem stołecznym a ma-

[24]) Z. Prechner. »Przegląd lekarski« 1910. Nr. 22. str. 329.

[25]) Medycyna w Samorządzie. 1906.

[26]) Sprawozd. Dep. V. Wydziału kraj. za r. 1910.

łomiejskim począł się wyrabiać w ostatnich latach samorzutnie; w tym zakresie nie widać tu jeszcze planowej reformy, stąd i wykształcanie się tego typu jest nierównomierne. W szpitalach stołecznych z nowych działów wprowadzono rentgenologię; liczby oddziałów zresztą nie pomnożono.

Skutkiem wypełnienia niektórych postulatów z obu poprzednich grup (poprawa budynków i urządzeń, reformy ustroju szpitalnictwa) polepszyły się dla chorych warunki higieny, leczenia i pielęgnowania. Najmniej postąpiła dotąd sprawa żywienia chorych; po zwiększeniu wydatku na dzień i głowę (około 20%) przed czterema laty, nie było już dalszego postępu, a nawet pewne zmniejszenie wydatku. Do zmiany niedostatecznej i niewłaściwej normy żywienia zapowiedziane zostały w bieżącym roku przygotowania.

W zakresie działalności szpitali zwrócono w ostatniem pięcioleciu szczególniejszą uwagę na trzy ważne grupy chorych: zakaźnych, chirurgicznych i gruźliczych. Akcya co do chorób zakaźnych była wprawdzie tylko dalszym ciągiem usiłowań już dawniej rozpoczętych, ale szła w ostatniem pięcioleciu znacznie energiczniej. Zadania szpitali w zakresie chirurgicznym ułatwiano z jednej strony przez dobór odpowiedniego personalu lekarskiego, z drugiej przez tworzenie warunków do poważniejszej działalności operatorskiej. Piecza o wprowadzenie szpitalnego leczenia gruźlicy wyraziła się zwołaniem ankiety przeciwgruźliczej i tworzeniem odpowiednich urządzeń, dotąd jednak na zbyt małą skalę podjętem.

Dla podniesienia poziomu i sprawności szpitalnictwa prócz starań o pozyskanie dzielnych kierowników szpitali i oddziałów, wprowadzono zasiłki na studya naukowe zagranicą i zwrócono uwagę na pracownie szpitalne. Dotychczas jednak nie rozwinęła się samodzielna twórczość naukowa w naszem szpitalnictwie w mierze pożądanej.

Wypływałyby stąd następujące najpilniejsze potrzeby:

1) W sprawie liczby i rozmieszczenia łóżek szpitalnych w kraju: Szybkie utworzenie nowych 1000 łóżek na prowincyi dla doraźnego usunięcia obecnego nieznośnego przepełnienia szpitali, a potem systematyczna planowa akcya dla utworzenia dalszych conajmniej 2000 łóżek w okresie najwyżej 15-letnim. Porządek tej akcyi powinienby odpowiadać potrzebom terytoryalnym; naprzód więc należałoby uwzględnić te części kraju, które najgorzej są zaopatrzone w szpitale (połać północno-wschodnia, kąt między Wisłą a Sanem i t. d.) i te w nich powiaty lub gminy, gdzie już są zebrane pewne fundusze (Kamionka, Dynów i t. d.). Powiatom i gminom niezasobnym powinnyby przyjść w tem koniecznie z pomocą fundusze krajowe (osobny fundusz budowy szpitali), zwłaszcza przy zaradzaniu najpilniejszemu niedoborowi pierwszego tysiąca łóżek.

Pożądana byłaby akcya dla rozbudzenia i u nas prywatnej ofiarności na szpitale, wszędzie indziej znacznie rozwiniętej. Zadaniem tej ofiarności nie byłoby zastąpienie kraju w jego obowiązkach, ale działalność uzupełniająca.

Konieczna jest niezwłoczna budowa krajowego Domu porodowego w Krakowie; obecnie nie skrępowana już sprawą budowy kliniki rządowej, nie powinna być ta budowa dłużej odkładana. W przyszłości powinnyby powstać przytułki położnicze krajowe w środkowej części i wschodnim pasie Galicyi.

Dla zmniejszenia przepełnienia szpitali należałoby też energicznie podjąć starania, by te gminy i powiaty, które mają już na ten cel jakieś fundusze, tworzyły przytułki dla nieuleczalnych i ozdrowieńców.

2) W sprawie pomieszczenia i urządzenia szpitali: a) Skrócenie okresu, przeznaczonego na modernizacyę obu szpitali krajowych, zwłaszcza w Krakowie; b) zakończenie sprawy szpitala dla dzieci w Krakowie w sposób, uchylający załatwienie jej jednostronne; c) stworzenie w Krakowie zakładu zakaźnego na wzór lwowskiego; d) ukończenie modernizacyi istniejących szpitali prowincyonalnych co do budynków i urządzeń, a to przez rychłe przygotowanie przebudowy pozostałych (oprócz już objętych wnioskami Wydziału krajowego) czterech najgorszych szpitali (Brody, Jasło, Wadowice, Żółkiew), znaczniejsze adaptacye 3 innych (Rzeszów, Gorlice, Lubaczów), szybsze zaopatrzenie w odpowiednie sprzęty, bieliznę, dostateczną pościel tych szpitali, gdzie są w tym względzie braki.

3) W sprawie ustroju szpitalnictwa: a) Planowe kształtowanie większych szpitali prowincyonalnych na szpitale o typie pośrednim, z kilku oddziałami według rodzaju chorób; b) pomnożenie liczby oddziałów w szpitalach stołecznych przez tworzenie oddziałów równoległych i osobnych oddziałów dla nowych gałęzi medycyny; c) pomnożenie personalu lekarskiego i służby w stosunku, odpowiadającym liczbie łóżek, a to przedewszystkiem w niektórych szpitalach prowincyonalnych; d) reorganizacya i poprawa bytu personalu szpitali prowincyonalnych na wzór reform, projektowanych we Lwowie i Krakowie; e) mieszkania dla personalu; f) utworzenie posad administracyjnych dla czynności kancelaryjnych, obarczających obecnie niewłaściwie lekarzy.

4) W sprawie pieczy nad chorymi: a) Zmiana normy żywienia na podstawie ścisłych, umiejętnie przeprowadzonych studyów, których wynik powinienby być przed wprowadzeniem nowej normy publicznie celem wzbudzenia naukowej dyskusyi ogłoszony; b) tworzenie w większych szpitalach prowincyonalnych posad prymaryuszy-specyalistów, jako kierowników oddziałów; c) systematyczna akcya dla rozkrzewienia szpitalnego leczenia gruźlicy i dla odpowiedniego wykształcenia lekarzy w tym zakresie; d) ze względu na polepszenie jakości służby podjęcie prób kształcenia fachowego i wprowadzenia na szerszą skalę służby żeńskiej zamiast męskiej; e) usunięcie wakansów, w niektórych szpitalach zbyt często się powtarzających, przez specyalne środki (szczególne polepszenie płacy w takich szpitalach i t. p.); f) zwrócenie większej uwagi na wygodę chorych i stworzenie dla nich milszego otoczenia (estetyka urządzeń); g) tworzenie bibliotek dla chorych.

5) W sprawie podniesienia poziomu szpitalnictwa: a) Przywrócenie sprawozdań naukowych ze szpitali (stosownie do rezolucyi Sejmu z przed lat kilku); b) publikacya sprawozdań lekarzy ze studyów, odbytych z pomocą zasiłków z funduszów krajowych; c) większa piecza o samodzielny ruch naukowo-lekarski w szpitalach (ogłaszanie konkursów na prace naukowe, uwzględnianie kwalifikacyi naukowych przy obsadzaniu posad, ogłaszanie bibliografii lub przynajmniej liczby prac publikowanych corocznie i t. d.); d) tworzenie i uzupełnianie istniejących pracowni, zwłaszcza w większych szpitalach prowincyonalnych; e) uzupełnienie środków pomocniczych (przyrządów i t. p.); f) tworzenie bibliotek lekarskich w szpitalach.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. III. 1912 posiedzenie, na którem po ukończeniu dyskusyi nad demonstracyą Dr Eisenberga (doc. Koźniewski i prelegent) odbył się zapowiedziany wykład Prof. E. Godlewskiego jun. W dyskusyi przemawiali Dr Eisenberg i prelegent.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu d. 9. III. 1912. we Lwowie następującemi sprawami: 1) Poradnik lekarski Dr Drzymalika. 2) Docentura higieny w seminaryum żeńskiem w Kołomyi. 3) Wydawanie kąpieli w Krynicy. 4) Grobowiec prywatny w Putiatyńcach. 5) Taksa szpitalna w Samborze.

— Dr August Kwaśnicki i Prof. Dr St. Ciechanowski wybrani zostali 8. III. b. r. członkami honorowymi »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Leon Wacław Olszewski, rodem z Płocka, Szymon Hoffman z Krakowa i Jan Kubisz z Gnojnika na Śląsku austr.

— Pogotowie Towarzystwa ratunkowego krakowskiego było w r. 1911 czynne w 6163 przypadkach. Dyżury w Pogotowiu pełnią od lipca r. z. lekarze przy pomocy słuchaczy medycyny. Reforma ta, oddawna już konieczna, wymagała w ciągu półrocza 6400 K wydatku. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. z. 29.976 K, rozchody 25.036 K. Towarzystwo ma nadzieję wkrótce przystąpić do budowy własnego domu i stara się o uzyskanie bezpłatnie od gminy gruntu pod budowę w pobliżu strażnicy pożarnej (której zaprzęgi obsługują Pogotowie). — Prezesem Towarzystwa na r. 1912 wybrano ponownie Prof. Dr Wicherkiewicza, wiceprezesem Prof. Dr Brauna, do Wydziału weszli z lekarzy: Dr Bannet, Janiszewski, Zakrzewski.

— W zawodowej Szkole dozorczyń chorych w Krakowie, utrzymywanej przez PP. Ekonomki, odbył się w piątek dn. 8 III. 1912 egzamin wobec komisyi i Rady nadzorczej. Kandydatki okazały przytem wielką znajomość rzeczy, tak że jest nadzieja, iż wychowanice tej szkoły z czasem nietylko że nie ustąpią dozorczyniom niemieckim co do stopnia wykształcenia, ale je znacznie przewyższą. Obecnie kandydatki w liczbie 18 przejdą na roczną praktykę do szpitala św. Łazarza. K.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. III. do 9. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 2, płonicy 6 † 2 (2 † —), odry 6, duru brzusznego 5 † 1 (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 1 † — (2 † 2), tężca — † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w dniu 7. III. b. r. redaktor wydawnictw Towarzystwa p. J. Tur zawiadomił Wydział, że w roku czwartym istnienia Towarzystwa (1911) z Wydziału III ogłoszono w »Sprawozdaniach« 59 rozpraw naukowych, podczas gdy w latach poprzednich rozpraw przyrodniczych ogłaszano przeciętnie około 40 rocznie. Następnie m. i. przedstawiono prace: 1) p. J. Tur: O transformacyach tarczki zarodkowej u jaszczurki perlistej. 2) P. E. Flatau: Monografia o migrenie.

— W Towarzystwie higienicznem warszawskiem powstała »Delegacya samorządowa«, złożona z lekarzy, prawników i techników, mająca przygotować materyał dla przyszłego samorządu miejskiego w zakresie sanitarnym. Postanowiła ona w tym celu wydać bibliografię prac higienicznych z ostatnich 20 lat i dokładnie zbadać stan sanitarny miast w Królestwie. (Medyc. i Kron. lek. 9).

— »Towarzystwo higieny praktycznej« urządza w Warszawie szereg odczytów dla sfer robotniczych z zakresu higieny dzieci. Odczyty wygłosi 10 prelegentów-lekarzy.

— Z nadesłanego nam sprawozdania »Towarzystwa kursów naukowych« w Warszawie wynika, że w Sekcyi matematycznoprzyrodniczej kursów w r. 1910/11 wśród 12 prelegentów trzech wykładało przedmioty, pozostające w związku z medycyną, mianowicie J. Sosnowski biologię i fizyologię zwierząt, K. Stołyhwo antropologię, a J. Brunner mikrobiologię. Sekcya ta miała średnio 69 słuchaczów. W sekcyi humanistycznej zaś w dziale fizyologii i psychologii znalazły się wykłady M. Stefanowskiej: »Choroby układu nerwowego, narządy i zboczenia mowy« i »Z dziedziny psychologii i neurologii«. Wydatki Towarzystwa wynosiły 6.877 rb., przyczem uniknięto przewidywanego deficytu w kwocie 1.202 rb. dzięki ofiarności kilku instytucyi i osób.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 4. III. do 11. III. 1912 przypadków: ospy 3 † 2, płonicy — † —, duru plamistego 3 † 1, duru brzusznego 1 † —

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na dorocznem posiedzeniu »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w d. 24. II. (8. III) zostali wybrani na r. 1912 prezesem »Związku« prof. Dr Józef Ziemacki, skarbnikiem Dr Uliński, bibliotekarzem Dr Leon Jastrzębski. W Wydziale lekarskim wiceprezesem Dr Szymon Dzierzgowski, sekretarzem naukowym doc. Dr Sowiński, sekretarzem administracyjnym Dr Wilamowski. W Wydziale technicznym wiceprezesem pułk. inż. Rudnicki, zastępcą inż. górn. Kotarski, sekretarzami inż. techn. Korsak i inż. techn. Faberkiewicz. W Wydziale farmakologicznym wiceprezesem p. Chrzanowski, sekretarzem p. Boharewicz. Do komisyi rewizyjnej wybrani zostali: prof. Raczyński (prezes), Al. Karnicki, inż. Berkiewicz, leśn. Prawocheński, inż. Lelewel. Na członków honorowych »Związku« obrano: prof. Dra Ottona Czeczotta, prof. Dr Stanisława Ciechanowskiego i Dr Augusta Kwaśnickiego. Prócz tego prof. Czeczott i prof. Zaleski zostali mianowani członkami honorowymi Rady.

— Wszechsłowiański Zjazd społeczno-higieniczny w Petersburgu ma być, jak donoszą dzienniki rosyjskie, odłożony na rok. Czeskie »Narodni Listy« dają z tego powodu wyraz przekonaniu, że za rok będą zapewne lekarze polscy mogli w Zjeździe tym uczestniczyć. Wobec znanego nastroju większości społeczeństwa rosyjskiego trudno jednak podzielać tę nadzieję »Narodnich Listów«.

— Arcybiskup zadarski Posilović, przechodząc w stan spoczynku, ofiarował na cele publiczne chorwackie 1,646.500 kor., z czego 40.000 kor. na przyszły Wydział lekarski w Zagrzebiu.

— Podrożenie niektórych leków w Austryi da się odczuć tak chorym jak i lekarzom, albowiem zdrożały także środki, używane przez lekarzy, np. eter do uśpienia, karbol, apomorfina, chlorek etylu, makowiec, formalina, morfina, pastylki sublimatowe itp. X.

— Austryacki centralny Komitet dla zwalczania gruźlicy przedstawia obecnie w Wiedniu w kinematografie celem spopularyzowania zwalczanie gruźlicy, a więc sanatorya, leczenie tocznia, daty statystyczne, zmiany gruźlicze, portrety lekarzy zasłużonych w walce z gruźlicą i t. p. Filmy zostaną rozesłane do wszystkich większych miast Austryi po kolei. X.

— Lekarze szkolni w Berlinie zbadali dzieci 226.257. Z nowo wstępujących 6·9% nie nadawało się do szkoły. Zołzy stwierdzono w 1·7%, gruźlicę w 0·9% (nowo wstępujących), wady serca w 1·3%, choroby nerwowe i padaczkę w 1·3% (więcej u chłopców). Skrzywień kręgosłupa mają dziewczynki dwa razy więcej, niż chłopcy. X.

— Do pielęgnacyi zębów i jamy ustnej potrzeba nietylko skrupulatnego czyszczenia zębów, ale także żucia. Lemelland spostrzegał u pewnego chorego z przetoką żołądka, mimo wszelkich przezorności bolesne zapalenie dziąseł, ropnię i obluźnianie się zębów. Przypady te znikły, skoro chory zaczął żuć korzeń lukrecyi. X.

— Ciekawe badania nad mańkutami w szkołach berlińskich podaje Schaefer. Liczba mańkutów zmniejsza się stopniowo w coraz wyższych klasach, co odnieść należy do wykształcenia ręki prawej. Zwykle mniej lub więcej ręką lewą włada lepiej 4·06% (więcej chłopców niż dziewcząt). Schaefer jest przeciwny temu, by gwałtem zmuszać dziecko do pisania, rysowania i t. p. ręką prawą, owszem jest za tem, by zezwalać to robić ręką lewą, jeżeli to dziecku znacznie łatwiej przychodzi. X.

Zmarli: Dr Adam Mysłowski w 65 r. ż. w Kłodawie w Kaliskiem, Dr Alfred de Michelis w 55 r. ż. w Chełmie, bakteryolog prof. Negri w Pawii, higienista prof. Finkler w Bonn.

Redakcya otrzymała. Mikołajski: Udział lekarzy w pojedynkach (I. Referat na Walnem Zgromadzeniu Ligi dla obrony

czci. II. Ankieta międzynarodowa). Lwów 1912. — Popielski: 1) O zasadniczych zjawiskach w czynności wydzielniczej gruczołów trawiennych. Akad. Umiej. 1911. 2) Dalsze badania nad znaczeniem niekrzepliwości krwi dla czynności gruczołów trawiennych. Akad. Umiej. 1912. 3) Über die innere Sekretion der Nebenniere. Arch. f. ges. Physiol. 1911. 4) O rozpowszechnieniu wazodilatyny w świecie zwierzęcym. Księga pamiątk. Uniw. lwowsk. 1912. 5) Teorya hormonów i wyciągi z narządów. Tyg. lek. 1911. 6) O fizyologicznych i chemicznych własnościach wazodilatyny. Kosmos 1910. 7) Tytoń i jego wpływ na ustrój. Odb. »Rodzina i Szkoła« 1911. 8) O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego itd. Gazeta lek. 1910. 9) Über die Blutdruckwirkung des Cholins. Zentralbl. f. Phys. 10) O własności moczu obniżania ciśnienia krwi. Gazeta lek. 1910. 11) Erscheinungen bei direkter Einführung von chemischen Körpern in die Blutbahn. Zentr. f. Phys. 12) Bemerkungen über die Bedeutung der temporären Isolierungsmethode bei Untersuchungen über die Verdauungsprocesse. Zeitschrift für physiolog. Chemie 1911.—Leńko: Wrażenia z podróży naukowej. Lwów 1911. Odb. Tygodn. lek. — Higier: 1) Zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe starcze. Odb. Med. i Kron. lek. 1912. 2) Neuritis optica retrobulbaris senilis. Odb. Neurol. Centralbl. 1912. 3) Higiena szkolna na międzynar. Wystawie higienicznej w Dreznie. Odb. Zdrowie 1911.

Bibliografia.

Prof. Dr A. Schönwerth: **Chirurgisches Vademecum für den praktischen Arzt.** (Lehmann, Monachium 1912. Cena 4 marki).

Zwięzły a jasny poradnik dla lekarza, zwłaszcza w nagłych przypadkach, uwzględnia część ogólną (operacya, uśpienie, znieczulenie, opatrywanie ran, leczenie spraw ropnych, oparzeń itp.), i szczegółową podług podziału topograficznego. Autor podaje najprostsze sposoby leczenia, zakreśla granice działalności lekarza praktycznego, podając cenne wskazówki, jak sobie radzić nawet w najgorszych warunkach, co właśnie dla praktyka wielką odgrywa rolę. Klęsk.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. marca 1912 o godz. 6 wieczór w I. Zakładzie chemicznym U. J.** (przy plantacyach). Na porządku dziennym: Prof. Dr Karol Olszewski: O postępach w skraplaniu gazów.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek d. 18. marca 1912 o godz. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Śmiertelność dzieci w ostatniem dziesięciolecia w Jarosławiu, jej przyczyny i sposoby zmniejszenia, kol. Dr Rossberger. 3) Wnioski członków, względnie Wydziału.

Sekretarz: Dr W. Orłowski. Przewodniczący: Dr W. Czyżewicz.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.